

Référentiel de

Psychiatrie et Addictologie

Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie











Référentiel de

Psychiatrie et Addictologie

Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie

Conception graphique et couverture :
Charlotte Boutreux • PUFR

Mise en page pour le compte des PUFR :
Charlotte Boutreux • Christine Martin • Mickaël Robert

Presses universitaires François-Rabelais
60 rue du Plat d'Étain
BP 12050 • 37020 Tours cedex 1 • France
www.pufr-editions.fr

Dépôt légal : 2e semestre 2016
ISBN : 978-2-86906-419-5
ISSN : 2428-7946

Collège national des universitaires en psychiatrie
Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique
Collège universitaire national des enseignants en addictologie

Référentiel de

Psychiatrie et Addictologie

Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie



Collection « L'Officiel ECN »
Presses universitaires François-Rabelais
2016



SOMMAIRE

GÉNÉRALITÉS

SITUATIONS D'URGENCE

Situations à risque spécifiques

Troubles psychiatriques à tous les âges

Troubles psychotiques

Troubles de l'humeur

Troubles anxieux

Autres troubles

Troubles psychiatriques spécifiques de l'enfant et l'adolescent

Addictologie

Thérapeutiques

Table

des auteurs de l'ouvrage

Coordination générale de l'ouvrage

Dr Ali Amad (AESP)

Pr Vincent Camus (CNUP)

Dr Pierre Alexis Geoffroy (AESP)

Pr Pierre Thomas (CNUP)

Pr Olivier Cottencin (CUNEA)

Coordination CNUP-CUNEA

Pr Amine Benyamina (Addictologie)

Pr François Paille (Addictologie)

Pr Antoine Pelissolo (Psychiatrie)

Pr Diane Purper Ouakil (Pédopsychiatrie)

Pr Mario Speranza (Pédopsychiatrie)

Pr Pierre Vidailhet (Psychiatrie)

Coordination AESP

Dr Farid Benzerouk (Addictologie)

Dr Thomas Fovet
(Psychiatrie et harmonisation générale)

Dr Jean-Arthur Micoulaud Franchi
(Psychiatrie et harmonisation générale)

Dr Nora Milliez (Pédopsychiatrie)

Dr Hugo Peyre (Pédopsychiatrie)

Dr Clélia Quiles
(Psychiatrie et harmonisation générale)

Dr Benjamin Rolland (Addictologie)

Dr Antoine Yrondi (Psychiatrie)

Membres de l'AESP rédacteurs

Dr Ali Amad
Dr Sara Bahadori
Dr Jean-Marie Batail
Dr Rémi Bation
Dr David Bensamoun
Dr Farid Benzerouk
Dr Aïda Cancel
Dr Louise Carton
Dr Sabine Chopin
Dr Romain Colle
Dr Fabienne Cyprien
Dr Marie-Laure Daniel
Dr Alexandra Dereux
Dr Thomas Desmidt
Dr Aude Doudard
Dr Emeline Eyzop
Dr Guillaume Fond
Dr Thomas Fovet
Dr Olivier Gay
Dr Pierre Alexis Geoffroy
Dr Ghina Harika-Germaneau
Dr Nicolas Hoertel
Dr Sylvain Iceta
Dr Romain Icick
Dr Vincent Laprevote
Dr Régis Lopez
Dr Jasmina Mallet
Dr Brice Martin
Dr Jean-Arthur Micoulaud-Franchi
Dr Nora Milliez
Dr Benjamin Naneix
Dr Florian Naudet
Dr Émilie Olie
Dr Aesa Parenti
Dr Hugo Peyre
Dr Baptiste Pignon
Dr Clélia Quiles
Dr David Renaud
Dr Élise Riquin
Dr Benjamin Rolland
Dr Pierre-François Rousseau
Dr Ludovic Samalin
Dr Déborah Sebbane
Dr Coline Stander
Dr Sarah Tebeka
Dr Camille Vancauwerberghe
Dr Sebastien Weibel
Dr Fabien Winckier
Dr Antoine Yrondi

Membres du CUNEA rédacteurs

Dr Paul Brunault
Dr Laurent Karila

Membres du CNUP relecteurs

Pr Bruno Aouizerate
Pr Christophe Arbus
Pr Florence Askenazy
Pr Michel Azorin
Pr Amaria Baghdadli
Pr Jean-Marc Baleyte
Pr Thierry Baubet
Pr Franck Baylé
Pr Frank Bellivier
Pr Michel Benoit
Pr Gilles Bertschy
Pr Philippe Birmes
Pr Bernard Bonin
Pr Frédérique Bonnet-Brilhault
Pr Olivier Bonnot
Pr Michel Botbol
Pr Thierry Bougerol
Pr Manuel Bouvard
Pr Perrine Brazo
Pr Vincent Camus
Pr Jean-Pierre Clément
Pr David Cohen
Pr Emmanuelle Corruble
Pr Philippe Courtet
Pr David da Fonseca
Pr Thierry Damato
Pr Anne Danion
Pr Jean-Marie Danion
Pr Roland Dardennes
Pr Pascal Delamillieure
Pr Richard Delorme
Pr Sonia Dollfus
Pr Dominique Drapier

Pr Caroline Dubertret
Pr Philippe Duverger
Pr Wissam El-Hage
Dr Bruno Etain
Pr Éric Fakra
Pr Philippe Fossati
Pr Pierre Fourneret
Pr Nicolas Franck
Pr Raphaël Gaillard
Pr Nicolas Georgieff
Pr Priscille Gerardin
Pr Ludovic Gicquel
Pr Bénédicte Gohier
Pr Philip Gorwood
Pr Bernard Granger
Pr Jean-Marc Guilet
Pr Sébastien Guillaume
Pr Olivier Guillin
Pr Emmanuel Haffen
Pr Patrick Hardy
Pr Marie-Christine Hardy-Baylé
Pr Chantal Henry
Pr Nematollah Jaafari
Pr Isabelle Jalenques
Pr Renaud Jardri
Pr Louis Jehel
Pr Bernard Kabuth
Pr Arthur Kaladjian
Pr Marie-Odile Krebs
Pr Christophe Lançon
Pr Marion Leboyer
Pr Cédric Lemogne
Pr Jean-Pierre Lépine
Pr Fréderic Limosin
Pr Pierre-Michel Llorca
Pr Luc Mallet
Pr Catherine Massoubre
Pr Bruno Millet
Pr Marie-Rose Moro
Pr Sylvie Nezelof
Pr Christine Passerieux
Pr Antoine Pelissolo
Pr François Poinso
Pr Mircea Polosan
Pr Emmanuel Poulet
Pr Dominique Pringuey
Pr Diane Purper-Ouakil
Pr Jean-Philippe Raynaud
Pr Anne-Catherine Rolland
Pr Frédéric Rouillon
Pr Mohamed Saoud
Pr Laurent Schmitt
Pr Carmen Schroeder
Pr Franck Schurhoff
Pr Raymund Schwan
Pr Jean-Louis Senon
Pr Mario Speranza
Pr Jean-Louis Terra
Pr Florence Thibaut
Pr Pierre Thomas
Pr Sylvie Torjman
Pr Marie Tournier
Pr Guillaume Vaiva
Pr Pierre Vandel
Pr Jean-Marie Vanelle
Pr Hélène Verdoux
Pr Pierre Vidailhet
Pr Michel Walter

Membres du CUNEA relecteurs

Pr Henri-Jean Aubin
Pr Marc Auriacombe
Pr Nicolas Ballon
Pr Amine Benyamina
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Pr Maurice Dematteis
Pr Marie Grall-Bronnec
Dr Xavier Laqueille
Pr Michel Lejoyeux
Pr Romain Moirand
Pr François Paille
Pr Pascal Perney
Pr Michel Reynaud
Pr Nicolas Simon
Pr Florence Thibaut
Dr Florence Vorspan

PRÉFACE

du Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP)

Voici la deuxième édition du référentiel de psychiatrie et d'addictologie. C'est un défi important pour nos spécialités qui se sont efforcées de proposer un ouvrage encore plus adapté aux besoins pédagogiques des étudiants du deuxième cycle des études médicales.

Le Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP) s'est associé au Collège universitaire national des enseignant en addictologie (CUNEA) afin de proposer avec l'AESP (Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique) un ouvrage qui couvre la totalité du programme de Psychiatrie et d'Addictologie de l'ECNI et, ainsi, mettre à la disposition des étudiants un outil d'acquisition et d'organisation des connaissances actualisé et pragmatique.

La psychiatrie et l'addictologie sont des disciplines médicales qui nécessitent d'intégrer les approches biologiques, développementales, psychologiques et sociales de la santé et du fonctionnement humain. L'abord de ces disciplines peut parfois être complexe pour les étudiants en médecine qui ne seraient pas encore passés en stage dans les services cliniques. Les enseignants universitaires se sont donc orientés vers une démarche pédagogique claire intégrative et structurée. La terminologie utilisée et les recommandations proposées dans cet ouvrage ont fait l'objet d'un important travail de consensus indispensable à l'acquisition des bases essentielles à la pratique.

En effet, quelle que soit la spécialité médicale vers laquelle les étudiants en médecine s'orienteront, leurs connaissances et leurs savoir-faire en psychiatrie et en addictologie leur seront toujours utiles.

Le CNUP remercie l'AESP qui regroupe les plus jeunes d'entre nous, rompus à l'animation des conférences d'internat, pour leur contribution énergique et la qualité du travail de rédaction qu'ils ont fourni.

Pr Pierre Thomas, président du CNUP

PRÉFACE

du l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (AESP)

Pour cette deuxième édition, la philosophie d'un manuel de référence, simple, didactique et complet, a été conservée. Les objectifs de cette révision étaient de corriger les erreurs signalées par les étudiants et enseignants, d'éliminer les termes imprécis, compliqués ou non consensuels et, enfin, de simplifier les items jugés trop longs ou trop complexes pour le Diplôme de formation approfondie en sciences médicales. Pour ce faire, un très grand nombre d'enseignants universitaires de psychiatrie de France ont contribué à l'élaboration de ce manuel portant sur le nouveau programme de l'ECNi, par le biais du Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP), du Collège universitaire national des enseignants en addictologie (CUNEA) et de l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (AESP). Il s'agit de l'ouvrage de référence universitaire pour l'enseignement de la psychiatrie et de l'addictologie en deuxième cycle des études médicales : il sera donc utilisé pour l'élaboration des dossiers de l'ECNi en lien avec le SIDES.

L'idée fondatrice de coordonner ce *Référentiel national de psychiatrie* est née de la volonté d'améliorer les connaissances de tous les étudiants de deuxième cycle, pour qui la psychiatrie est souvent une discipline complexe, obscure et difficile à appréhender. Ainsi, cet ouvrage se donne pour objectif d'apporter des bases claires et pragmatiques aux futurs médecins qui, quelle que soit leur spécialité, seront amenés à prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, ces troubles étant parmi les plus fréquents. Dans cette deuxième version, l'AESP a poursuivi sa réflexion didactique afin de présenter une organisation consensuelle, cohérente, harmonisée, et fondée sur les preuves et les données scientifiques actuelles, de la sémiologie, de la nosographie, et de la thérapeutique.

Dans l'objectif d'encourager une démarche diagnostique claire et rigoureuse chez les étudiants, chaque trouble psychiatrique est décrit par un ou plusieurs syndrome(s), composés eux-mêmes de signes et symptômes. Un effort tout particulier de clarification a également été réalisé en ce qui concerne la démarche thérapeutique afin de structurer la prise en charge des patients autour de la dichotomie traitements pharmacologiques / traitements non pharmacologiques (organisés à partir des notions de psychothérapies, d'éducation thérapeutique et du modèle du handicap), le tout dans une perspective qui reste résolument centrée sur le patient. Cette approche centrée sur la santé du patient s'inscrit ainsi dans la volonté de la première édition d'éliminer la dichotomie somatique / psychique, au profit d'une approche biopsychosociale.

Enfin, signalons que cette deuxième version intègre des liens vers les dossiers SIDES, qui se doivent de suivre ce référentiel.

Nous espérons que cette nouvelle mouture du *Référentiel de psychiatrie* permettra d'améliorer l'apprentissage de la psychiatrie et s'enrichira de vos retours pour les éditions futures.

Nous vous remercions pour votre confiance, et vous souhaitons à toutes et à tous, une riche et profitable lecture de ce manuel.

Sincèrement,

Drs Clélia Quiles, Nora Milliez, Ali Amad, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Thomas Fovet,

Antoine Yrondi, Hugo Peyre, Farid Benzerouk, Benjamin Rolland, et Pierre A. Geoffroy.



Pour l'Association de l'enseignement de la sémiologie psychiatrique

(AESP ; www.asso-aesp.fr)

PRÉFACE

du Collège universitaire national des enseignants en addictologie (CUNEA)

Les conduites addictives sont en France un problème majeur de santé publique. Plus d'un décès sur cinq est directement ou indirectement lié à ces comportements, auxquels il faut ajouter de nombreuses pathologies et souffrances personnelles et familiales, sans compter leur coût énorme pour la société.

Soulignons encore que 30 à 40 % des patients admis en Psychiatrie pour un trouble mental présentent également une conduite addictive. En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, les conduites addictives et leurs conséquences sont une des toutes premières causes d'hospitalisation.

Ainsi, l'Addictologie est très présente dans l'ensemble du champ médical, chirurgical, obstétrical et psychiatrique et elle jalonnera l'ensemble de la carrière du futur médecin quelle que soit sa spécialité.

Cet ouvrage propose aux étudiants préparant l'ECN un référentiel cohérent, centré sur la clinique la plus reconnue et la plus validée qui aura, non seulement pour objet de les aider à préparer l'ECN, mais sera aussi la référence de base de leur future pratique. Il constituera aussi pour les créateurs et les correcteurs de cas l'ouvrage de référence. Ce travail coopératif qui résulte d'un triple partenariat entre le CNUP, le CUNEA et l'AESP est exemplaire dans la mesure où, dans un souci d'équité et d'efficacité, il permet aux étudiants de n'avoir accès qu'à un seul ouvrage de référence évitant la multiplication des documents, souvent malheureuse, en ce qu'elle perturbe l'apprentissage.

Un autre avantage est que l'ensemble des questions, qu'il s'agisse de la Psychiatrie ou de l'Addictologie, ont été écrites par les membres de l'AESP dans le même esprit et avec les mêmes règles, ce qui procure à cet ouvrage une grande homogénéité.

Bien évidemment, il ne présente que les bases que tout étudiant doit connaître en fin de 2e cycle non seulement pour l'ECN mais aussi pour son futur exercice professionnel. Mais ceux qui sont particulièrement intéressés par cette discipline et éventuellement par une sur-spécialisation en Addictologie ont tout le loisir d'approfondir leurs connaissances théoriques et pratiques dans d'autres cadres, et en particulier par l'actuel DESC d'addictologie ou par la formation spécialisée transversale en Addictologie qui le remplacera dans le cadre de la réforme du 3e cycle des études médicales.

Pr F. Paille, président du CUNEA

Repères

pour bien se servir de ce livre

Cet ouvrage a été pensé comme un outil afin de faciliter un maximum le travail d'acquisition de l'étudiant en médecine. Dans cette optique, un ensemble de **pictogrammes** permet de repérer rapidement objectifs, points clefs, notions essentielles ou accessoires. Voici la liste des symboles qui vous accompagneront au fil de votre lecture.

- Objectifs pédagogiques : les savoirs à acquérir au cours de l'item.
- Points importants à connaître.
- En savoir plus : pour aller plus loin.
- Résumé : une présentation synthétique du contenu de l'item.
- Points clefs : les points essentiels à connaître de l'item.
- Références pour approfondir.

L'ensemble des **cas cliniques** est accessible en ligne sur le site du SIDES, vous retrouverez le lien correspondant dans l'encadré en tête de chaque item. Toutes les URL mentionnées dans ce volume ont été converties en **QRcode** pour un accès facilité via smartphone.

Cas cliniques SIDES
http://side-sante.fr/



module un

GÉNÉRALITÉS

59

item 59

CONNAÎTRE LES BASES DES CLASSIFICATIONS DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT À LA PERSONNE ÂGÉE

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

* Connaître les bases des classifications des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée.

CAS CLINIQUES SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/59





* Les maladies sont organisées par la classification internationale des maladies, actuellement dans sa version 10 (CIM 10). Cette classification est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et s'applique en psychiatrie comme dans le reste de la médecine.
* Un système de classification spécifique des troubles mentaux a été défini par l'association américaine de psychiatrie. Il s'agit du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, actuellement dans sa version 5, traduit en français (DSM-5).
* Le DSM-5 est plus utilisé que la CIM-10 pour les recherches cliniques en psychiatrie. Il tend à faire référence en pratique clinique courante également bien que la CIM-10 reste la référence en France pour la cotation des actes dans les hôpitaux.

1. De la séméiologie au trouble

1.1. Signes et symptômes cliniques psychiatriques : un rappel

1.1.1. Définitions

* **Un signe** est une observation clinique « objective », par exemple le ralentissement psychomoteur.
* **Un symptôme** est une expérience « subjective » décrite par le patient, par exemple l'humeur dépressive.
* **Un syndrome** est un ensemble de signes et symptômes formant un ensemble reconnaissable.

Le recueil de la séméiologie psychiatrique implique :

* une attention au contenu de l'entretien,
* mais également à son déroulement et à son contexte familial et social (cf. Item 01).

Par exemple, le clinicien doit tenir compte du degré d'anxiété du sujet au cours de l'entretien, d'éventuelles difficultés de communication et de facteurs socioculturels susceptibles d'influencer l'expression ou le vécu des troubles (par exemple : crainte d'une stigmatisation sociale, interprétations subjectives et culturelles des symptômes).

1.1.2. Les domaines de l'examen clinique psychiatrique

L'examen psychiatrique est essentiellement clinique. L'analyse séméiologique en psychiatrie consiste à explorer huit domaines de l'expérience vécue et des conduites du patient. L'évolution de la symptomatologie dans le temps est également importante à explorer.

Nous allons rappeler brièvement l'organisation et les termes séméiologiques importants en psychiatrie, qui seront ensuite approfondis dans chaque item de trouble psychiatrique spécifique.

1.1.2.1. La présentation

Parmi la présentation et le contact, il faut notamment analyser :

* l'apparence avec :
  - l'allure qui peut être extravagante ou bizarre,
  - l'hygiène corporelle qui peut être révélatrice d'une incurie (avec indifférence et manque de soin) ;

* la mimique, qui peut être :
  - hypermimique (exagérée),
  - hypomimique (diminuée), voire amimique (disparition de toute mimique),
  - dysmimique, c'est-à-dire en désaccord avec le contenu psychoaffectif (comme les sourires immotivés, ou non adaptés, les paramimies ou les échomimies) ;
* et les activités psychomotrices qui peuvent être :
  - excessives (accélération psychomotrice, instabilité psychomotrice, hyperkinésie, tasikinésie, akathisie, voire agitation),
  - diminuées (ralentissement psychomoteur et bradykinésie, voir catatonie avec catalepsie et négativisme),
  - inadaptées (avec des bizarreries, parakinésies, échopraxie, échokinésie, maniérisme, attitudes empruntées ou stéréotypies).

1.1.2.2. Le langage et la pensée

Le discours est l'association du langage et de la pensée.

Le discours peut être analysé selon sa dynamique, sa forme et son contenu.

La dynamique du langage peut être :

* augmentée (avec logorrhée, discours abondant, volubile, rapide ou tachyphémie, voire verbigération),
* diminuée (avec pauvreté du discours ou alogie, discours non spontané, lent ou bradyphémie, réponses laconiques, latence des réponses, voire mutisme).

La dynamique de la pensée peut elle-même être :

* augmentée (tachypsychie, fuite des idées, relâchement des associations ou coq à l'âne et associations par assonance),
* diminuée (bradypsychie, monoïdéisme, voir anidéisme, c'est-à-dire absence de production de pensée).

La forme du langage peut être altérée :

* au niveau phonétique (prosodie diminuée avec possible voix monocorde, voire aprosodie, augmentée ou dysprosodique),
* au niveau lexico sémantique (écholalie, palilalie, néologismes, c'est-à-dire invention de mots, et paralogismes voire schizophasie, c'est-à-dire invention d'un nouveau langage),
* au niveau syntaxique (avec agrammatisme),

La forme du discours peut être altérée dans sa continuité avec des incohérences, de la diffluence (avec pensée tangentielle, circonlocutoire, digressive, allusive, vague, sans idée directrice) et parfois avec des discontinuités (avec fading, c'est-à-dire arrêt progressif du discours du patient, traduisant un évanouissement du cours de la pensée pouvant aller jusqu'à un barrage).

Le contenu du discours peut retrouver :

* des idées délirantes,
* des soucis et inquiétudes,
* des obsessions,
* des réviviscences, flashbacks,
* des idées phobiques,
* des idées liées à une anxiété anticipatoire,
* des idées liées à l'humeur (négatives, de dévalorisation, d'incurabilité etc. ou au contraire, positives, de grandeur, d'optimisme démesuré, etc.),
* des idées de mort et des idées de suicides.

1.1.2.3. La perception

Les modifications de la perception sont notamment :

* les hallucinations (perceptions sans objet) qui peuvent être :
  - intrapsychiques (avec perte de l'intimité psychique),
  - sensorielles (auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles, cénesthésiques) ;
* les illusions (perceptions déformées) qui peuvent se référer aux différentes modalités sensorielles comme les hallucinations :
  - auditives,
  - visuelles,
  - olfactives,
  - gustatives,
  - tactiles,
  - cénesthésiques ;
* les augmentations de la perception sensorielle (hypersensibilité ou hyperesthésie sensorielle) ou la diminution de la perception sensorielle (hyposensibilité ou hypoesthésie sensorielle) pouvant intéresser une ou plusieurs modalités sensorielles :
  - auditives,
  - visuelles,
  - olfactives,
  - gustatives,
  - tactiles,
  - cénesthésiques ;
* la déréalisation qui est une perception du monde modifiée avec sentiment d'étrangeté ou d'irréalité et impression d'être comme observateur de la réalité, et la dépersonnalisation qui est une perception de soi-même comme différent et étrange et impression d'être comme observateur de son propre fonctionnement mental.

1.1.2.4. L'attention et la mémoire

L'attention peut être :

* diminuée avec hypoprosexie (difficulté de concentration) et distractibilité (par un distracteur interne, une pensée ou externe, un stimulus) ;
* augmentée avec hyperprosexie (polarisation attentionnelle exagérée sur un stimulus) et hypervigilance (alerte attentionnelle).

La mémoire épisodique peut être altérée :

* amnésie ;
* paramnésie (remémoration décontextualisée ou déformée).

La mémoire de travail peut être altérée avec oubli, erreur, perte.

1.1.2.5. L'affectivité

L'affectivité comprend les émotions et l'humeur :

* les émotions sont les réponses affectives immédiates à un stimulus. Les émotions peuvent être :
  - plus intenses (hyperesthésie affective, hyperréactivité ou instabilité émotionnelle),
  - diminuées (hypoesthésie voir anesthésie affective, émoussement affectif, affect abrasé ou restreint),

- d'une qualité particulière comme par exemple l'anxiété ou la tension interne,
- discordantes avec le contenu psychoaffectif (discordance idéo affective avec possible réaction émotionnelle inappropriée, paradoxale, imprévisible).
- l'anhédonie désigne plus spécifiquement la perte de la capacité à éprouver du plaisir.

* l'humeur est la tonalité affective globale et durable qui colore la perception du monde. L'humeur peut être :

- augmentée (hyperthymie : humeur euphorique, expansive, exaltée, souvent associée à une hypersyntonie, c'est-à-dire une hypersensibilité au contexte et à l'ambiance),
- diminuée (hypothymie : humeur dépressive, douloureuse), voir absente (athymie),
- changeante ou versatile (labilité de l'humeur),
- l'athymhormie désigne tout à la fois la suppression de l'humeur (athymie) et la perte de l'élan vital (aboulie : difficulté à initier une action pourtant planifiée par manque d'affect). L'aboulie est à différencier de l'apragmatisme (difficulté à initier une action par défaut de planification).

1.1.2.6. Les fonctions physiologiques

Le sommeil peut être modifié avec :

* insomnie,
* hypersomnolence,
* cauchemars,
* sensation de suffocations nocturnes,
* somnambulisme.

L'alimentation avec :

* anorexie,
* hyperphagie.

La sexualité avec :

* baisse ou augmentation du désir sexuel,
* baisse ou augmentation de l'excitation sexuelle.

Au niveau neurovégétatif on peut retrouver des signes sympathiques d'anxiété et d'hyperréactivité neurovégétative.

1.1.2.7. Le comportement

Il peut exister des évitements et des compulsions, c'est-à-dire des comportements permettant de diminuer l'anxiété. Il peut aussi exister des comportements suicidaires avec recherche de moyens létaux.

Le fonctionnement interpersonnel peut être :

* inhibé avec clinophilie, retrait social voire asocialité,
* désinhibé avec ludisme, familiarité, causticité, hostilité, voire avec un contrôle des impulsions altéré (avec impulsivité, agressivité, accès de colère, et possible atteinte aux mœurs, conduite à risque et conduite auto ou hétéro agressive),
* inadapté avec bizarrerie comportementale, comportements insolites, étrange.

1.1.2.8. Jugement et conscience du trouble

Le jugement peut être distordu avec une logique inappropriée (jusqu'au rationalisme morbide) et une indécision.

L'insight, c'est-à-dire la conscience de la maladie, la capacité d'attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie, et l'adhésion au traitement peut également être altéré.

1.2. De la nécessité de tenir compte du contexte

Le recueil séméiologique est couplé au recueil d'informations sur le contexte. En particulier :

* l'âge, et l'âge de début des symptômes,
* le sexe,
* les antécédents psychiatriques et médicaux, personnels et familiaux,
* les facteurs de stress et les événements de vie,
* et l'environnement familial, social et professionnel.

Ces informations permettent de contextualiser les éléments séméiologiques et de guider les hypothèses diagnostiques.

Certaines variables socio-démographiques ou cliniques sont des facteurs de risque ou protecteurs et constituent ainsi des facteurs pronostiques permettant d'orienter les options thérapeutiques (cf. Item 58).

1.3. Le trouble mental

1.3.1. L'intérêt de l'approche catégorielle

Un trouble mental (ou trouble psychiatrique) se définit difficilement par une physiopathologie sous-jacente univoque. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en psychiatrie le terme de « trouble » est préféré au terme de « maladie ». Pour autant, l'association de signes et de symptômes et leur classification en entités morbides (catégorielles) est importante pour :

* étudier l'épidémiologie, avec les facteurs de risque (génétiques et environnementaux) (cf. Item 58),
* prévoir une évolution de la maladie (ou pronostic), avec la mortalité (par suicide ou par cause médicale non-psychiatrique) et la morbidité (sévérité symptomatique et nombre d'hospitalisations, intégration sociale et qualité de vie) (cf. Item 58),
* formuler des hypothèses étiopathogéniques.

Le modèle catégoriel favorise la prise de décision puisqu'il permet de justifier une thérapeutique qui permet d'influer le pronostic naturel (cf. Item 72). Il facilite également l'information du patient et de son entourage (cf. Item 01).

Un trouble mental a donc été défini de manière statistique par un ensemble de critères permettant, lorsqu'ils sont présents, d'identifier des entités qui, en l'absence de prise en charge psychiatrique spécifique, présentent un mauvais pronostic (cf. Item 58). L'évolution des connaissances épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques rend parfois nécessaire l'évolution des classifications nosographiques en médecine. L'évolution du DSM (Diagnostic and Statistical Manual) nord-américain vers sa version 5 ou la future évolution de la CIM (Classification Internationale des Maladies de l'OMS) vers sa version 11, s'inscrivent dans cette démarche pragmatique et scientifique. Ces évolutions restent cependant d'un intérêt secondaire pour le non spécialiste.

1.3.2. Les critères pour définir un trouble mental

Pour définir un trouble mental il faut :

* des critères séméiologiques spécifiques, avec des symptômes et des signes qui seront le plus souvent organisés en syndromes,

* des critères d'évolution temporelle, par exemple une rupture par rapport à un état antérieur ou des critères de durée d'évolution des symptômes,
* des critères fonctionnels avec :
  - une répercussion psychologique (souffrance psychique et/ou altération de la qualité de vie),
  - et/ou une répercussion sociale (avec la notion de handicap).

Enfin, le diagnostic d'un trouble mental ne se pose définitivement qu'après avoir éliminé un diagnostic différentiel :

* une autre pathologie psychiatrique (autre trouble mental expliquant mieux la séméiologie recueillie) ou un trouble lié à une substance (intoxication aiguë ou chronique, ou sevrage : à une substance psychoactive, à un autre médicament, ou à un toxique environnemental comme le CO, etc.),
* et une pathologie non-psychiatrique.

Le diagnostic en psychiatrie est clinique. Il n'existe actuellement pas d'examen complémentaire dont la sensibilité ou la spécificité serait suffisante pour confirmer un diagnostic de trouble mental. Par contre, l'élimination d'un diagnostic différentiel lié à une substance ou médicale non-psychiatrique peut nécessiter des examens complémentaires.



Commentaires sur la notion de trouble psychiatrique

Un syndrome psychiatrique (syndrome anxieux, dissociatif, positif, négatif, désorganisation, dépressif, maniaque, suicidaire notamment) est différent d'un trouble mental qui implique pour être posé les critères supplémentaires présentés précédemment.

* Par exemple, un syndrome dépressif peut permettre de poser le diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé (trouble psychiatrique) à condition que les critères supplémentaires d'évolution temporelle, de répercussions psychologiques, sociales et d'absence de diagnostic différentiel soient remplis.
* Mais si le syndrome dépressif est mieux expliqué par une pathologie non-psychiatrique alors le diagnostic de trouble dépressif caractérisé ne peut être posé ; dans ce cas, le terme de syndrome dépressif secondaire à une étiologie médicale non-psychiatrique est à utiliser.

Habituellement en médecine le système nosologique de la Classification internationale des maladies (CIM-10) et le système de Classification internationale du fonctionnement (CIF 10) sont séparés puisque le diagnostic d'une maladie ne dépend pas de ses répercussions fonctionnelles mais de sa physiopathologie sous-jacente (cf. Item 117). Cependant, en psychiatrie, la définition d'un trouble mental implique de tenir compte des répercussions fonctionnelles des symptômes.

Du point de vue sémantique il faut retenir qu'un trouble mental (ou psychiatrique) est responsable d'un handicap psychique et non pas d'un handicap mental (terme utilisé plus spécifiquement dans le domaine de la déficience intellectuelle) (cf. Item 117).

2. Nosographie psychiatrique

2.1. Définitions

La séméiologie est la science du recueil des signes et symptômes d'une maladie. Elle implique de connaître un vocabulaire spécifique.

La nosologie est la science de la classification des maladies sur laquelle repose la nosographie.

2.2. Système nosographique psychiatrique

Bien que d'autres classifications existent, deux systèmes nosographiques psychiatriques sont traditionnellement utilisés au niveau international :

* la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10e édition), rédigée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) qui classe toutes les maladies, dont les troubles psychiatriques,
* le DSM-5 (5e révision du Diagnostic and Statistical Manual), rédigé par l'APA (Association américaine de psychiatrie) qui classe uniquement les troubles psychiatriques.

La CIM-10 est le système nosographique de référence utilisé dans les hôpitaux pour la cotation des actes. Le DSM-5 (et son prédécesseur le DSM-IV-TR) est le système nosographique de référence en recherche psychiatrique. De grandes similitudes existent entre ces deux systèmes nosographiques. Les subtilités et différences de ces systèmes concernent uniquement le spécialiste.

Les critères précis des systèmes classificatoires ne doivent pas être appris sans avoir compris leur pertinence séméiologique, en particulier à quels termes séméiologiques précis et à quel ensemble syndromique ils renvoient. À ce titre, ces deux ouvrages, CIM-10 et DSM-5, ne peuvent pas être considérés à proprement parler comme des manuels de psychiatrie.

Il s'agit cependant de comprendre que certaines constellations spécifiques de signes et symptômes permettent dans certaines circonstances (critères définis précédemment) de poser rigoureusement des diagnostics de troubles mentaux.

2.3. Les catégories nosographiques

2.3.1. Les catégories principales

La distinction entre névrose et psychose n'est plus à utiliser. Chez l'adulte (et l'enfant) les grandes catégories suivantes sont à connaître :

* **les troubles du neurodéveloppement**, caractérisés par un ensemble de troubles qui débutent durant la période du développement psychomoteur (cf. Item 53), qui regroupent entre autres :
  - le trouble du spectre de l'autisme (cf. Item 65),
  - le trouble déficit d'attention/hyperactivité et les troubles apparentés (cf. Item 66),
  - les troubles de la communication, des coordinations motrices et les troubles spécifiques des apprentissages (cf. Item 53),
  - les troubles du développement intellectuel caractérisés par un déficit des fonctions intellectuelles et adaptatives (cf. Item 53) ;
* **les troubles psychotiques** (cf. Items 61 et 63), caractérisés par une altération du contact à la réalité ;
* **les troubles de l'humeur** (cf. Items 62 et 64), caractérisés par « une perturbation de l'humeur » accompagnée des modifications cognitives et physiologiques reliées ;
* **les troubles anxieux** (cf. Item 64), caractérisés par « une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentés ». « Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou de situations qui induisent l'anxiété ou le comportement d'évitement, et le raisonnement cognitif associé. » ;
* **les troubles somatoformes** (cf. Item 70) caractérisés par la prééminence de symptômes somatiques (physiques) associée à une détresse ou un handicap significatif qui ne peuvent s'expliquer complètement par une pathologie non-psychiatrique ;

* **les troubles dissociatifs** caractérisés par « une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement ». Les troubles dissociatifs ne sont pas des troubles psychotiques. Il n'existe pas d'item dédié dans le programme de l'ECN. Il s'agit de troubles fréquemment retrouvés suite à une situation de stress aiguë dont les symptômes principaux sont la dépersonnalisation et déréalisation. Les amnésies dissociatives avec ou sans fugue font partie des troubles dissociatifs ;
* **les addictions** à une substance (appelées **troubles liés à l'usage d'une substance : usage nocif et usage avec dépendance**) et **addictions comportementales** (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77) caractérisées par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». Il s'agit de pathologies liées à la perte de contrôle de l'usage d'un objet de gratification (qui donne du plaisir, comme une substance psychoactive ou un comportement).



Le Mini International Neuropsychiatric Interview

Chez l'adulte le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un entretien diagnostique structuré permettant d'évaluer la présence ou l'absence de ces troubles psychiatriques (à l'exception des troubles somatoformes et dissociatifs).

Le MINI est structuré en items de dépistage et en items de diagnostic. Si la réponse aux items de dépistage est positive, alors les items de diagnostic doivent être évalués. Si la réponse aux items de dépistage est négative alors l'entretien peut se poursuivre sur les items de dépistage du trouble suivant.

2.3.2. La spécification

Quatre étapes de délimitation sont à suivre pour aboutir à un diagnostic de trouble mental spécifique et complet.

La première délimitation consiste à identifier dans quelle grande catégorie nosographique présentée précédemment (troubles du neurodéveloppement, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles somatoformes, troubles dissociatifs et addictions) la séméiologie recueillie pourrait se situer.

La deuxième délimitation consiste à identifier le type de trouble psychiatrique dans le cadre de la grande catégorie. Par exemple, un recueil séméiologique peut faire évoquer la catégorie « trouble psychotique ». Suite à cette première étape, il s'agit de réaliser une deuxième délimitation pour définir un trouble mental spécifique, par exemple « trouble schizophrénique » ou « trouble délirant chronique ».

La troisième délimitation consiste parfois à caractériser ou spécifier le trouble psychiatrique défini. Par exemple, un trouble schizophrénique peut être « de type paranoïde ». Il s'agit en quelque sorte de définir des formes cliniques.

2.3.3. Les comorbidités

Enfin la quatrième délimitation, est en réalité une ouverture. Le diagnostic d'un trouble mental (par exemple la schizophrénie) ne doit pas faire oublier d'évaluer la comorbidité :

* **psychiatrique** (par exemple un trouble anxieux associé à un trouble schizophrénique),
* **addictive** (par exemple une dépendance au tabac associé),
* **médicale non-psychiatrique** (par exemple un diabète sucré de type 2 associé).

En psychiatrie, le diagnostic multiple est la règle plus que l'exception. Le diagnostic principal est celui qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission à l'hôpital.

3. Notions d'épidémiologie

L'emploi de critères diagnostiques précis a rendu possible des études épidémiologiques fiables et valides en psychiatrie. Il permet trois types d'études épidémiologiques (cf. Item 58) :

* **descriptive** qui permet d'évaluer la fréquence des troubles psychiques,
* **analytique** qui permet d'identifier les facteurs de risque,
* **d'évaluation** qui permet d'évaluer les stratégies de soin et de prévention les plus efficientes et les moins coûteuses.

Concernant l'épidémiologie descriptive, la prévalence vie entière pour l'ensemble des troubles mentaux est d'environ 30 %. Les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux (troubles phobiques environ 15 %, trouble anxiété généralisée environ 8 %), les troubles de l'humeur (trouble dépressif caractérisé environ 10 %) et les troubles liés à l'usage de substances (dépendance à l'alcool environ 10 %). La prévalence de la schizophrénie et des troubles bipolaires est d'environ 1,5 %.

La prévalence des troubles mentaux en consultation de médecine générale est d'environ 25 %. Il s'agit principalement des troubles anxieux, des troubles dépressifs caractérisés et des troubles somatoformes. Les patients suivis dans les services de psychiatrie souffrent principalement de troubles psychotiques et de troubles de l'humeur sévères.

L'espérance de vie des patients souffrant de troubles mentaux est inférieure à celle de la population générale. Les raisons sont :

* le risque suicidaire qui renvoie à la notion de gravité en psychiatrie (cf. Item 11). Pour rappel, la gravité d'une maladie est reliée au risque vital à court terme et au degré d'urgence de la situation. Le patient ayant une maladie grave risque de mourir si aucune mesure thérapeutique immédiate n'est mise en place (par exemple un asthme aigu grave) ;
* les retards au diagnostic et au traitement, augmentant la sévérité des maladies en psychiatrie. Pour rappel, la sévérité d'une maladie est reliée au pronostic, en termes de mortalité (rapidité d'évolution, risque de rechute et/ou de récidive grave) et de morbidité (retentissement fonctionnel de la maladie) (cf. Item 117). L'individu atteint d'une maladie sévère risque d'avoir une qualité de vie altérée si aucune mesure thérapeutique n'est mise en place (par exemple un asthme sévère). Le degré de sévérité d'une maladie est un argument pour évaluer le rapport bénéfice risque d'un traitement et justifier le choix de thérapeutiques au long cours des maladies chroniques ;
* les comorbidités addictives très fréquemment associées à tous les troubles mentaux (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77) ;
* les comorbidités médicales non-psychiatriques, d'autant que les patients souffrant de troubles mentaux ont un accès réduit aux soins médicaux (cf. Item 135).



Résumé

Une maladie est « une entité clinique qui est parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie ainsi que par sa présentation symptomatique et clinique ou par une combinaison bien identifiée de signes cliniques ». En psychiatrie, les maladies sont appelées des troubles mentaux (synonyme de troubles psychiatriques). Le terme trouble plutôt que maladie est utilisé car il n'existe pas une définition parfaite de l'étiologie ou de la physiopathologie du trouble. Un trouble mental peut cependant être défini par des critères cliniques. Ces critères cliniques associent des critères séméiologiques (signes, symptômes et syndromes), des critères temporels (de début ou de durée d'évolution de la symptomatologie), des critères de répercussion fonctionnelle (psychologique et/ou sociale) et des critères d'absence de diagnostic différentiel.



Références pour approfondir

Hardy-Baylé M.-C., Hardy P., Corruble E., Passerieux C., *Enseignement de la psychiatrie*, Doin, 2008.

Kaplan H.-I., Sadock B.-J., *Manuel de poche de psychiatrie clinique*, Éditions Pradel, 2005.

Shea S.-C., *La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension*, Elsevier Masson, 2005.

Sémiologie psychiatrique de base et proposition d'une cartographie minimale de la psychiatrie pour l'étudiant en médecine, accessible sur le site de l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique : http://www.asso-aesp.fr/semiologie/semiologie-psychiatrique-de-base/



58

item 58

CONNAÎTRE LES FACTEURS DE RISQUE, PRÉVENTION, DÉPISTAGE DES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ENFANT À LA PERSONNE ÂGÉE

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

* Savoir identifier les situations à risque et argumenter les principes de la prévention et de la prise en charge.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/58





Points clefs

Il existe plusieurs types de facteurs de risque :
* sociaux,
* psychologiques,
* biologiques.

Certains facteurs de risque sont plus spécifiquement liés à l'âge de l'individu :
* période anténatale : tout élément pouvant altérer le développement pendant la grossesse ;
* enfance et l'adolescence : tout environnement social (familial ou scolaire) source de stress et la consommation de toxiques ;
* adulte : tout environnement social (en particulier professionnel) source de stress et la consommation de toxiques ;
* sujet âgé : toute diminution des capacités perceptuelles ou cognitives, toute situation d'isolement social et familial (deuil, veuvage) et tout environnement social source de stress.

Il existe trois types de prévention :
* la prévention primaire est l'ensemble des actes visant à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas (**incidence**) ;
* la prévention secondaire a pour objectif de diminuer la **prévalence** d'une maladie dans une population ;
* la prévention tertiaire a pour objectif de diminuer **la morbidité** (récidives et rechutes), **la mortalité**, et le **handicap**.

1. Introduction

1.1. Santé mentale et troubles psychiques

La santé est définie comme « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins » (cf. Item 01). La santé mentale est un élément essentiel de la santé. La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». L'OMS rappelle par ailleurs, que comme dans le reste de la médecine, quatre faits principaux sont relatifs à la santé mentale :

* la santé mentale fait **partie intégrante de la santé**, en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale ;
* la santé mentale est **plus que l'absence de troubles mentaux** ;
* la santé mentale est déterminée par des **facteurs sociaux, psychologiques et biologiques** ;
* la santé mentale peut **bénéficier de stratégies et d'interventions** d'un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir, la protéger et la recouvrer.

Les troubles psychiatriques sont d'origine multifactorielle. Au même titre que pour toute pathologie médicale complexe (pathologies cardio vasculaires, cancéreuses, auto-immunes, etc.) des facteurs de risque peuvent être identifiés, et leur connaissance permet potentiellement de développer des moyens de prévention à l'échelle individuelle et à l'échelle plus large d'une population, par exemple dans les politiques de santé publique.

Nous évoquerons ainsi dans ce chapitre les facteurs de risque ainsi que les moyens de prévention et de dépistage des troubles psychiatriques. Seuls les aspects généraux seront abordés, pour les aspects spécifiques par trouble, nous renvoyons aux items spécifiques de chaque trouble psychiatrique.

1.2. Quelques données générales d'épidémiologie descriptive

L'épidémiologie descriptive permet d'évaluer la fréquence et les répercussions des troubles psychiatriques.

En France, presque **un individu sur cinq** souffre d'au moins un trouble psychiatrique, soit 12 millions de personnes. La prévalence des troubles psychiatriques **en consultation de médecine générale est élevée** (environ 25 %).

Les pathologies relevant de la psychiatrie sont au **3e rang des maladies les plus fréquentes**, après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Elles sont bien souvent sources de handicap et altèrent la qualité de vie des individus ainsi que celle de leurs proches (cf. Item 117).

Les troubles psychiatriques représentent **une cause majeure de handicap** (cf. Item 117) et sont associés à **une mortalité élevée**. Cette mortalité élevée des sujets souffrant de troubles psychiatriques peut s'expliquer par : un risque suicidaire plus élevé (cf. Item 11), un retard au diagnostic et au traitement, des comorbidités addictives (cf. Items 73, 74, 75, 76, 77) et comorbidités médicales non-psychiatriques. Les répercussions socio-économiques qui en découlent en font un enjeu majeur de santé publique (cf. Item 57).

1.3. Épidémiologie analytique : vulnérabilité, risque et prévention

L'épidémiologie analytique permet d'identifier les facteurs de **vulnérabilité**, de **risque** et de **prévention**.

Un **facteur environnemental** est défini comme toute caractéristique « environnant » le gène (donc non génétique) depuis les facteurs biologiques cellulaires, jusqu'à l'environnement social.

Un **facteur génétique** est défini comme une caractéristique concernant le matériel ADN et peut être héritable.

Les facteurs génétiques et environnementaux peuvent interagir (cf. infra encadré « Neurosciences et recherche épidémiologique »).

Un facteur de risque (génétique et/ou environnemental) augmente la probabilité de développer une maladie. Cela signifie que la survenue du trouble est loin d'être inéluctable chez les personnes exposées à un facteur de risque donné, et que **le trouble peut également survenir en son absence**. Il existe également des **facteurs protecteurs génétiques et/ou environnementaux** qui diminuent la probabilité de survenue d'une maladie.

La vulnérabilité vis-à-vis d'un trouble est **une caractéristique individuelle**, liée au fait que la personne dite « vulnérable » **présente ou a été exposée à un ou plusieurs facteurs de risque génétiques et/ou environnementaux**. Le fait d'être vulnérable pour une ou plusieurs maladies est très fréquent dans la population générale, ce qui signifie **que la vulnérabilité ne s'exprime sous forme de maladie que pour une fraction des personnes vulnérables,** en fonction des autres facteurs de risque et protecteurs auxquels elles seront exposées. La vulnérabilité est donc une caractéristique particulière dont l'expression pathologique est liée à l'environnement. Il existe des périodes critiques au cours du développement, comme la période périnatale et l'adolescence : si l'exposition à des facteurs de risque survient à ces périodes critiques, cela augmente le risque que la vulnérabilité s'exprime, alors que l'impact est moindre à d'autres périodes de la vie.

Les **facteurs de stress, c'est-à-dire tout changement dans l'équilibre environnemental (biopsychosocial) du sujet,** sont des **facteurs de risque** importants dans le développement de troubles psychiatriques (cf. Item 01).

Les concepts de vulnérabilité et de risque présentent trois intérêts :

* **l'identification** des sujets « vulnérables »,
* la **compréhension** des mécanismes étiopathogéniques de vulnérabilité, et de développement de maladie lors de l'exposition à des facteurs de risque,
* la possibilité de proposer des **mesures préventives** (voire curatives) pour les sujets vulnérables dans certaines situations « à risque ».

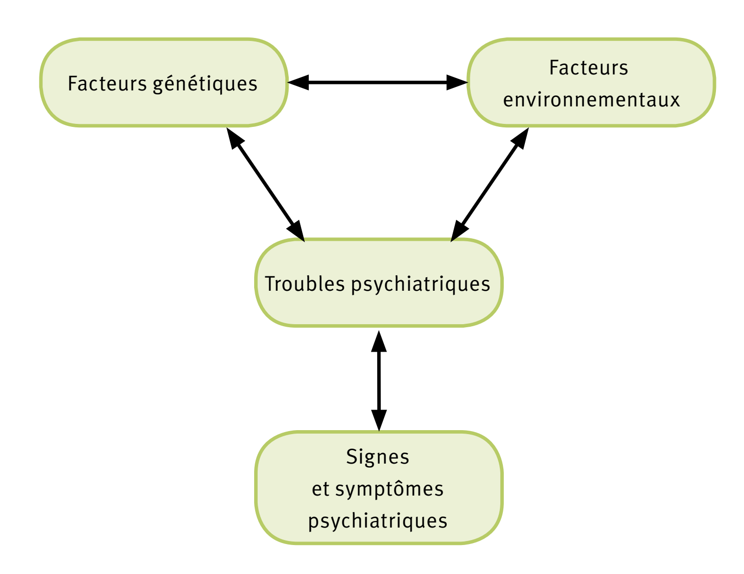


Figure 1. **Interaction gène X environnement.**

2. Les facteurs de risque des troubles psychiatriques

2.1. Les différents niveaux de risque

Les déterminants de la santé mentale (et donc des troubles mentaux) sont multiples et regroupent des facteurs :

* **sociaux,**
* **psychologiques,**
* **biologiques.**

Ces différents facteurs sont mesurés par des outils propres à chaque discipline scientifique (sociologique, psychologique et biologique) (cf. Item 01).

Les principaux facteurs de risque à rechercher sont :

* **Sociaux :** Tout **environnement social** (familial, professionnel, etc.) **source de stress** : maltraitance, carence affective, négligence, violences physiques et psychologiques, abus sexuel, conditions de travail difficile, deuil (cf. Item 141), isolement et précarité (cf. Item 57), discrimination et stigmatisation, guerre, catastrophes naturelles.

* **Psychologiques :** Toute dimension de personnalité (**tempérament et caractère**) ou altération des capacités cognitives et niveau intellectuel qui diminueraient les capacités d'ajustement à un facteur de stress (cf. Item 01).

* **Biologiques : Antécédents personnels ou familiaux de pathologies médicales chroniques (psychiatriques ou non)** ; exposition à des facteurs de risque perturbant le neurodéveloppement ; **usages de substances psychoactives** (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).

2.2. Les spécificités selon les périodes de la vie

Certains **facteurs de risque** des troubles psychiatriques sont plus particulièrement **liés à l'âge de l'individu**. Ils sont à rechercher dans l'anamnèse clinique.

Voici quelques-uns des principaux facteurs à connaître en fonction des grandes étapes du développement.

2.2.1. La période anténatale (cf. Items 67 et 53)

En théorie tout élément pouvant **altérer le développement pendant la grossesse** peut être considéré comme un facteur de risque (agents infectieux, malnutrition, consommation de toxique, etc.) (cf. items 53 et 61).

2.2.2. L'enfance

Tout environnement social (familial ou scolaire) **source de stress, (**par exemple : de la négligence à l'abus sexuel, échec scolaire, etc.).

2.2.3. L'adolescence (cf. Item 66)

Cette période est **particulièrement critique.**

Parmi les facteurs de risque, il faut chercher un **environnement social potentiellement source de stress** (comme chez l'enfant), mais également **l'usage de substances psychoactives** (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).

2.2.4. L'adulte

Tout environnement social (en particulier professionnel) source de stress (par exemple environnement professionnel délétère, chômage, etc.)

Usage de substances psychoactives (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).

2.2.5. Le sujet âgé (cf. Item 68)

Toute **diminution des capacités perceptuelles ou cognitives** qui diminuerait les capacités d'ajustement à un facteur de stress.

Toute situation **d'isolement social et familial** (deuil, veuvage).

Tout environnement social source de stress (par exemple : maltraitance, négligence, douleur mal prise en charge, etc.).



Facteurs de risque : l'exemple de la schizophrénie

Plusieurs facteurs de risque sont associés à une augmentation de la prévalence de la schizophrénie.

* **Des facteurs de risque « sociaux » :** environnement urbain, le statut migratoire, la saison de naissance, l'âge du père à la naissance (le risque est augmenté pour un âge plus élevé) et le statut socio-économique, etc.
* **Des facteurs de risque « psychologiques »** jouent également un rôle majeur : un stress maternel pendant la grossesse, la maltraitance infantile.
* **Des facteurs de risque « biologiques »** peuvent intervenir de façon précoce (par ex., infections prénatales, complications obstétricales) sur le développement de l'individu ou plus tard à l'âge adulte (par ex., le cannabis).

Ces facteurs de risque, pris séparément, ne sont ni nécessaires ni suffisants pour développer un trouble schizophrénique et ils s'intègrent dans des **modèles d'interaction gênes X environnement** (cf. Item 61). L'ensemble de ces facteurs augmente le risque en agissant par des mécanismes étiopathogéniques cérébraux qui peuvent être explorés par les neurosciences.

* **Des facteurs génétiques :**

Les études épidémiologiques ont mis en évidence une composante génétique de la schizophrénie. Il s'agit notamment de variants de gènes codants pour certaines protéines du neurodéveloppement cérébral et pour les systèmes de neuromédiateurs. En clinique, ce risque génétique est approché par la recherche **d'antécédents familiaux**.

* **Les interactions gène environnement :**

La plupart du temps, l'ensemble de la population générale est exposée aux **facteurs de risque** mais seule une faible proportion de **sujets vulnérables génétiquement** va développer un trouble. C'est donc **l'interaction** entre certains facteurs de risque et certains facteurs de vulnérabilité génétique qui va être responsable de la survenue du trouble. Par exemple, les apparentés de patients souffrants de schizophrénie sont, étant donné leur vulnérabilité génétique, plus sensibles aux facteurs de risque (par ex., effets du cannabis) que les non apparentés.

3. Prévention et dépistage des troubles psychiatriques

3.1. Les différents types de prévention de l'OMS

Selon l'OMS : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'OMS distingue trois types de prévention (**Figure 2**).

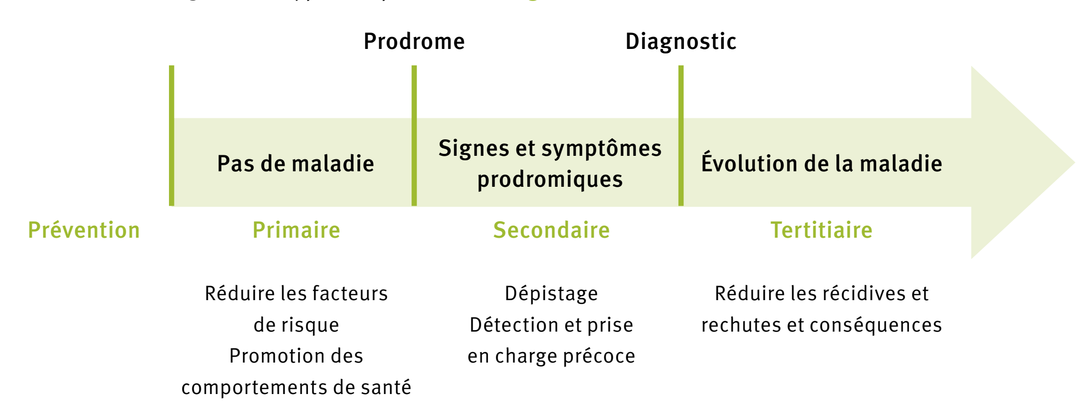


Figure 2. Les différents types de prévention.

3.2. Prévention primaire (à l'échelle de la population)

La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas (**incidence**).

Les actions de prévention primaire sont vastes, souvent intégrées dans des politiques de santé publique, et consistent à **diminuer l'exposition à des facteurs de risque** et à **promouvoir les comportements de santé** afin d'éviter la survenue d'un premier épisode de maladie (cf. Item 01).

Elles visent globalement à améliorer la **qualité et les conditions de vie des individus** (par exemple, amélioration des conditions de travail des populations, lutte contre l'isolement social, le chômage, les addictions, la précarité, les inégalités, l'échec scolaire, apprentissage de stratégies de gestion du stress…), et les **comportements de santé des individus** (cf. Item 01 et encadré « Neurosciences et recherche »).



Neurosciences et recherche

Dans le domaine de **la santé publique**, on peut souligner le rôle :
* des campagnes de prévention et sensibilisation (cannabis, alcool, maltraitance) ;
* de la promotion des règles hygiéno-diététiques ;
* de l'éducation à la santé en milieu scolaire ;
* des interventions en santé mentale sur le lieu de travail (programmes de prévention du stress) ;
* d'un meilleur accès aux soins pour tous (centres médico-psychologiques, CMU, protection sociale).

La prévention primaire des troubles psychiatriques, selon l'OMS, devrait également viser à renforcer l'intégration sociale en diminuant (cf. Item 01) :
* la **baisse du niveau d'appartenance sociale**, source d'isolement ;
* la **perte de sens et de cohérence**, facteur d'émoussement du goût de vivre ;
* la **diminution du sentiment de contrôler** sa propre vie, facteur d'auto-dépréciation ;
* la disparition de la spiritualité, des références politiques ou éthiques, génératrices d'angoisses existentielles.

43

3.3. Prévention secondaire (à l'échelle de l'individu)

La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la **prévalence** d'une maladie dans une population.

Les actions de prévention secondaire consistent principalement à agir **au tout début de l'apparition du trouble** afin d'en éviter la récidive. **Cette prévention inclut tous les actes de dépistage, de diagnostic et de prise en charge précoces**.

Les situations de dépistage et de prise en charge précoce dépendent des différents âges de la vie.

3.3.1. Stade périnatal et enfance (cf. Item 53)

Examens pédiatriques obligatoires pour le **suivi du développement psychomoteur** de l'enfant et le dépistage précoce des troubles débutant dans l'enfance (cf. Item 53).

3.3.2. Adultes

* Dépistage, entretien motivationnel, aide au sevrage et prévention de la rechute de tout **usage avec dépendance de substance psychoactive** (médecine générale, médecine du travail, milieu carcéral, services de PMI, service d'urgences) (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).
* **Dépistage des troubles psychiatriques débutants et prise en charge précoce**.

3.3.3. Personnes âgées (cf. Item 68)

* Dépistage des **troubles cognitifs débutants**.
* Dépistage des **troubles perceptuels** (acuité visuelle, hypoacousie).
* Dépistage des troubles psychiatriques débutants, en particulier les **épisodes dépressifs caractérisés**.

3.4. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les conséquences liées au trouble :

* **la morbidité** (récidives et rechutes),
* **la mortalité** (décès),
* **le handicap** (déficiences, limitations d'activités, restrictions de participation).

Elle vise principalement à **diminuer les récidives, les rechutes et les hospitalisations** via une meilleure optimisation thérapeutique :

* **traitements pharmacologiques** (médicamenteux) (cf. Item 72) ;
* **traitements non pharmacologiques** :
  - Traitement physique (électrostimulation externe : ECT, rTMS),
  - **traitement psychothérapeutique** (psychothérapie de soutien et autres psychothérapies) (cf. Items 71),
  - **éducation thérapeutique**, afin d'**améliorer la conscience du trouble**, l'**observance thérapeutique et favoriser les stratégies d'ajustement** du sujet face à la maladie (cf. Item 01) ;
* **réduire les limitations d'activités et restrictions de participations** à l'aide de mesures de remédiation cognitive et de rééducation (orthophonie, psychomotricité…), ainsi que des mesures de réadaptation psychosociale (cf. Item 117 et la notion de réhabilitation psychosociale) ;
* **promouvoir les droits et les soins pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques** (cf. Item 117) ;
* favoriser la **réduction des risques et la motivation dans le domaine des troubles addictifs** (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).



Résumé

La santé mentale fait partie intégrante de la santé. Les troubles psychiatriques sont multifactoriels. Au même titre que pour toute pathologie médicale complexe, il est possible d'identifier des facteurs de vulnérabilité (génétiques) et des facteurs de risque (biopsychosociaux), en fonction de chaque étape de la vie. Cette démarche peut permettre la mise en place de stratégies pluridisciplinaires de prévention.

Il existe trois types de prévention en médecine : primaire, secondaire et tertiaire. Ces stratégies de prévention doivent être réfléchies en fonction des connaissances scientifiques que l'on a des différents troubles psychiatriques, mais également en fonction des âges de la vie.





Chevreul K. *et al.*, « The Cost of Mental Disorder in France », *Eur Neuropsychopharmacol*, 2013 Aug., p. 879-886.

Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé : www.who.int/fr/

Rapport de la Cour des comptes, décembre 2011, « L'Organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" (2005-2010) ».

Van Os J. , Kenis G., Rutten B.P.F., « The Environment and Schizophrenia », *Nature*, 2010, p. 203-212.

01

item 01

La relation médecin-malade

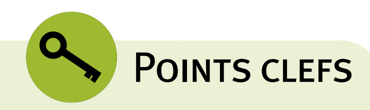


* La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle.
* La communication avec le patient et son entourage.
* L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins.
* La formation du patient.
* La personnalisation de la prise en charge médicale.
* Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
* Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
* Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
* Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un événement indésirable associé aux soins.
* Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (cf. Item 321).

Cas cliniques SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/01





Les quatre types de relation médecin-malade sont :
* la relation actif/passif,
* la relation consensuelle,
* la relation coopérative,
* la relation participative.

La relation participative implique du médecin de connaître :
* certaines techniques d'entretien,
* et certains concepts développés par la psychologie de la santé.

Les processus de transaction sont les efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par un individu pour s'ajuster aux situations de stress comme l'est la maladie. Ils déterminent les stratégies d'ajustement que le patient peut mettre en place pour s'adapter à la maladie.

1. La relation médecin-malade

La relation médecin-malade est une **relation interpersonnelle**, impliquant plusieurs personnes (médecins, soignants, patients, familles, aidants), qui passe par la **maladie**, qui s'exerce dans un **cadre socioculturel**, inégale, faite d'attente et d'espérance.

C'est une relation inégale du côté du patient car sa demande le rend tributaire du médecin mais aussi du fait de sa souffrance, sa peur, ses incertitudes qui le handicapent et le rendent vulnérable. Le patient est souvent passif (surtout lors des phases aiguës) et tend souvent à rechercher la « protection » des soignants.

C'est une relation également déséquilibrée du côté du médecin, du fait de son savoir supposé et de son pouvoir supposé. Le médecin est alors en position de domination potentielle.

L'augmentation de la fréquence des **maladies chroniques** au xxe siècle a conduit à envisager de nouveaux types de relation médecin-malade. Le type de relation appelé « **actif/passif** » (ou « paternaliste ») parfois adapté aux maladies aiguës graves, a évolué vers une relation appelée « **participative** » plus adaptée aux maladies chroniques, en passant par une relation « **consensuelle** » et « **coopérative** ».

La relation actif/passif n'implique du patient aucune activité, c'est le médecin qui fait son acte thérapeutique. L'exemple paradigmatique est l'acte chirurgical.

La relation consensuelle suppose du patient une acceptation des soins et une coopération. Cependant, dans cette relation, le patient est déjà convaincu de la nécessité de la prise en charge médicale. C'est, par exemple, le cas des fractures et de la nécessité de la pose d'un plâtre.

La relation coopérative implique du patient, comme dans la relation précédente, une acceptation et une coopération au geste médical, mais il doit être convaincu. Le médecin doit faire l'effort d'expliquer et de convaincre le patient de la nécessité de sa coopération. C'est, par exemple, le cas d'un examen gynécologique ou d'un soin dentaire.

Enfin, **la relation participative** positionne le patient comme l'acteur privilégié de la rémission et/ou de la guérison qui doit alors changer son style de vie et ses habitudes.

La relation de type « participative » nécessite un savoir et une compétence spécifique de la part du médecin. Son savoir sémiologique, nosographique et thérapeutique ne suffit pas. Le médecin doit, certes, apporter des informations scientifiques, mais aussi un soutien moral au patient et doit **tenir compte également des représentations et des actions du patient concernant sa santé**

et la maladie afin de mettre en place progressivement **un compromis réciproque, responsable et acceptable** par le patient comme par le médecin pour la prise en charge de sa maladie chronique.

Cette relation permet un processus appelé « engagement », où le médecin assure par son intérêt, ses attitudes et ses questions, le développement progressif d'un sentiment de confiance permettant au patient de se sentir plus libre de confier ses problèmes. Ce processus d'engagement conduit à ce qui est traditionnellement appelé une « alliance » qui permet une « collaboration active, le patient et le soignant travaillant ensemble, fondée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles ».

Certaines théories psychologiques de la deuxième partie du xx[e] siècle permettent d'apporter le savoir et des techniques supplémentaires que doit posséder un médecin pour aborder le patient et les maladies chroniques. En particulier, le médecin doit connaître :

* **certaines techniques d'entretien** permettant de créer un processus d'engagement aboutissant à une alliance,
* et **certains concepts développés par la psychologie de la santé** (qui est « l'ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliqué à la compréhension de la santé et de la maladie ») (cf. Item 58).

Ces savoirs et techniques permettent de proposer au médecin des compétences l'aidant **à optimiser la prévention, la promotion des comportements de santé et la prise en charge des personnes malades** tout en limitant les contre-attitudes.

La relation médecin-malade se situant entre deux pôles (médecin versus malade), le chapitre abordera successivement : la **position du médecin**, puis la **position du malade**, pour ensuite voir les possibilités de mise en place **d'une relation efficace** dans le cadre de **l'annonce d'une maladie grave** et dans le cadre de la **prise en charge d'une maladie chronique**.

	Activité / passivité	Consensuel	Coopératif	Participatif
Patient	Passif	Demande d'aide (déjà convaincu)	Accord du patient (à convaincre)	Doit changer ses habitudes
Médecin	Actif	Actif avec l'aide du patient	Le patient suit le médecin	Compromis réciproque et responsable à trouver

Tableau 1. Les différents types de relation médecin-malade.

2. La position du médecin

2.1. Les représentations du savoir médical

Les études de médecine conduisent à la construction d'une théorie savante des maladies. Le médecin acquiert savoir :

* sémiologique,
* nosographique,
* et thérapeutique,

dans les buts :

* d'identifier des maladies,
* et de mettre en place des stratégies thérapeutiques pour modifier le pronostic de la maladie.

La définition de la maladie par l'Académie française de médecine est « une entité clinique qui est parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie ainsi que par sa présentation symptomatique et clinique ou par une combinaison bien identifiée de signes cliniques ». Une maladie est un ensemble de symptômes et de signes cliniques dû à une pathologie organique (psychiatrique ou non-psychiatrique) sous-jacente (cf. Item 59). Cette théorie savante correspond au savoir biomédical.

Elle ne représente cependant qu'incomplètement ce que les patients vivent, pensent et ressentent quand ils ont une maladie. Le savoir médical se confronte donc à une théorie profane des maladies et de la santé qui influence le comportement des patients, ses actions possibles et leurs relations avec les médecins. Le médecin doit donc tenir compte à la fois :

* de ses propres représentations concernant la maladie (sa théorie savante),
* et des représentations et valeurs du patient (sa théorie profane) au cours des entretiens, mais également celles de l'entourage familial (entretien réalisé avec le patient en présence de cet entourage).

Des techniques spécifiques permettent alors de mener l'entretien efficacement.

2.2. Les techniques d'entretien

Le **consentement** du patient ou cours d'un entretien est essentiel à obtenir. Mais un **processus d'engagement** avec le patient est également nécessaire. Celui-ci conduit à une alliance thérapeutique.

2.2.1. Valider les émotions et représentations : le processus d'empathie

Valider les émotions et représentation du patient est capital, l'annonce d'un diagnostic ou de la nécessité d'un traitement pouvant être vécue comme une situation de stress et avoir un très fort impact émotionnel. En pratique, valider les émotions et représentations du patient passe par la **reformulation** (qui renvoie en miroir au patient ses propres émotions et représentations et lui signifie qu'il a été entendu et qu'il n'est pas seul). Elle implique du médecin de **l'empathie** (voir infra **encadré « Processus d'empathie »**). L'empathie est la capacité de comprendre autrui et de lui faire comprendre qu'on l'a compris. Elle se différencie de la sympathie qui est la capacité de ressentir la même chose qu'autrui. La plupart des patients ne souhaitent pas qu'un soignant ressente la même chose qu'eux mais tente de comprendre ce qu'ils ressentent.

Il faut noter que le patient n'attend pas simplement d'être compris et de pouvoir raconter son problème de santé. Il attend généralement aussi d'un médecin compétent dans son domaine qu'il lui propose des solutions à son problème de santé. Cependant, ces solutions devront être adaptées aux représentations du patient.

2.2.2. Dépister la résistance : induire un sentiment de sécurité

Un élément important auquel le médecin doit rester attentif est l'apparition d'une résistance qui peut naître au sein de la relation médecin-malade. Lorsque le médecin veut amener le patient à changer quelque chose dans son style de vie (son alimentation, sa consommation de tabac, son activité physique, la prise d'un traitement, etc.) alors que le patient ne le considère pas encore comme nécessaire, la divergence des représentations et des valeurs (en lien avec la confrontation des théories savantes et profanes de la maladie et de la santé) peut potentiellement aboutir à un

échec thérapeutique. Le patient n'appliquera pas les recommandations du médecin, et éventuellement ne viendra plus le consulter, car il ne se sera pas senti compris.

La résistance n'est pas un signe de mauvaise volonté du patient, mais une réaction naturelle à un changement qui s'impose dans sa vie : le trouble ou la maladie.

Il s'agit alors **d'explorer avec le patient ses représentations et ses valeurs**, et de montrer que ce qui compte vraiment pour lui dans sa vie est pris en compte, sans jugement, par le médecin. Une expression émotionnelle calme et sereine du clinicien devant une résistance est également indispensable.

Le médecin devra transmettre au patient le sentiment qu'il ne sera pas jugé, et qu'aucune décision ne lui sera imposée sans que cela ne fasse sens pour lui dans son propre système de représentations.

2.2.3. Insister sur le sentiment de liberté : motiver le patient

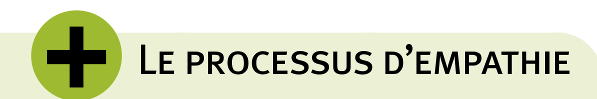
Un élément important pour chaque interlocuteur est le sentiment de liberté. Faire appel à la liberté du patient ne doit pas être un moyen pour le médecin d'abandonner toute possibilité de changement avec le patient.

En effet, il est possible lors d'**entretiens motivationnels** d'aider un patient à identifier ses difficultés à quitter un « comportement problème », afin de l'amener à être plus motivé pour amorcer le changement, tout en lui permettant de conserver un sentiment de liberté, en validant ses ressentis et ses pensées. D'abord appliquée aux conduites addictives (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77), cette technique d'entretien peut s'appliquer à tout type de comportement problème.

L'entretien motivationnel est un **style de d'entretien participatif** permettant de **renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement**. Il ne s'agit pas de convaincre le patient à changer (en essayant d'induire une motivation extrinsèque par une argumentation du thérapeute), mais **d'explorer avec lui** les avantages et les inconvénients du comportement problème et du comportement de santé alternatif. Dans cette situation, le patient est initialement dans une situation d'ambivalence entre rester dans le comportement problème actuel (qui peut sembler présenter plus d'avantages que d'inconvénients) et changer pour un nouveau comportement (qui peut initialement sembler présenter moins d'avantages que d'inconvénients). **L'exploration empathique et sans jugement** des représentations et des capacités du patient lui permettra de développer une **motivation intrinsèque** afin de sortir de l'ambivalence et de prendre la détermination de changer de comportement : le comportement problème lui semblant au cours de l'entretien motivationnel présenter moins d'avantages et plus d'inconvénients que le nouveau comportement de santé, et la mise en place d'un changement efficace lui semblant alors devenu possible.

Le patient pourra alors mettre en œuvre librement le nouveau comportement et il s'agira alors de renforcer **le sentiment d'efficacité personnel** de celui-ci et la confiance qu'il a dans la possibilité de maintenir ce comportement. En cas de retour en arrière sur le comportement problème, il s'agira de ne pas induire un sentiment d'échec et d'inefficacité chez le patient, mais de reprendre l'entretien motivationnel, les raisons ayant conduit à l'arrêt du changement, et les nouvelles stratégies qu'il pourrait mettre en œuvre pour essayer à nouveau de changer de comportement.

Il faut retenir que la motivation au changement n'est pas un « trait de caractère du patient » immuable, mais un état qui fluctue en fonction des représentations et du sentiment d'efficacité du patient, et de la qualité de l'entretien participatif.



Le processus d'empathie

Le processus d'empathie comprend 5 étapes.

1- Expression d'une pensée ou émotion par le patient

La première étape du processus d'empathie est l'expression d'une pensée (représentation) ou d'une émotion par le patient. Cette expression peut être rendue difficile chez les patients souffrant de trouble psychiatrique du fait :

* des symptômes et signes cliniques du syndrome psychiatrique lui-même,
* de la situation de personne souffrant d'un trouble psychiatrique, situation stigmatisée, associée à des représentations négatives et de l'anxiété.

2- Reconnaissance de cette pensée ou émotion par le médecin

La seconde étape du processus d'empathie est la reconnaissance par le médecin de la pensée ou de l'émotion exprimées par le patient. Cette reconnaissance s'accompagne d'une compréhension des représentations et de la vision du monde du patient.

3- Expression de la reconnaissance de cette pensée ou émotion par le médecin

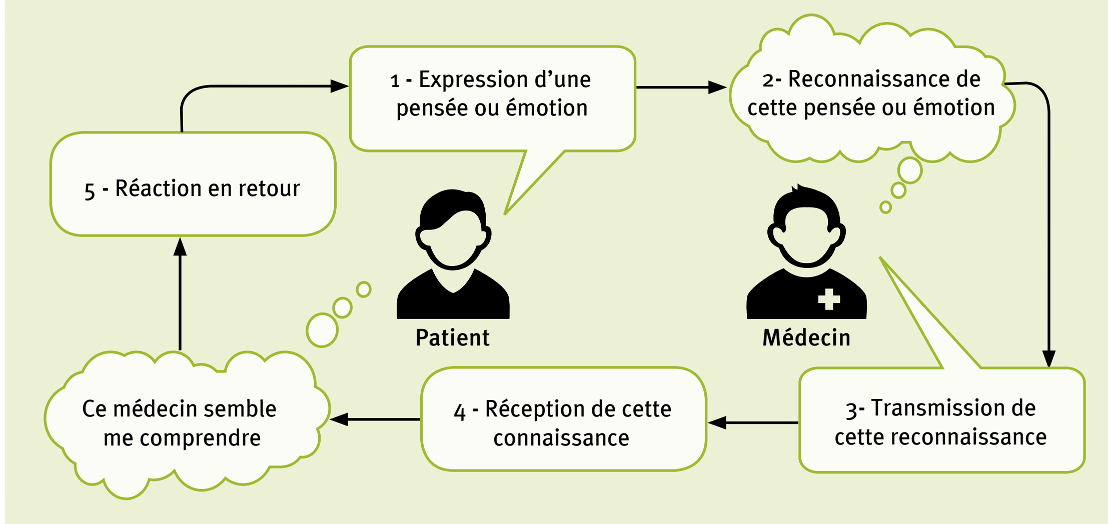
La troisième étape du processus d'empathie est l'expression par le médecin de la reconnaissance et la compréhension de la pensée ou émotion exprimées par le patient. Cette expression demande de l'expérience et de la justesse.

4- Réception de la reconnaissance par le patient

La quatrième étape du processus d'empathie est la réception par le patient de la reconnaissance et la compréhension par le médecin de la pensée ou émotion. Cette phase de réception est influencée comme la phase d'expression par les symptômes et signes cliniques du syndrome psychiatrique lui-même, et par la situation de personne souffrant d'un trouble psychiatrique.

5- Réaction en retour par le patient

Un processus empathique efficace permet au patient d'exprimer avec plus de détails son vécu. L'augmentation de la production verbale ainsi que la diminution de l'anxiété évaluée sur des signes non verbaux seront donc des indicateurs de processus d'empathie réussi.



3. La position du patient

3.1. Les représentations du savoir profane

Suivant le point de vue du patient, une maladie n'est pas simplement « une pathologie organique sous-jacente ». La maladie vient faire irruption dans sa santé (cf. Item 58). Selon la définition de l'OMS de 1946, la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap ». Mais la définition révisée de 1984 avance que la santé est « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins ».

Cette définition est en lien :

* d'une part, avec une conception « bio-psycho-sociale » de la maladie,
* mais également avec le concept de « transaction » défini par la psychologie de la santé.

La maladie est en effet une rupture d'équilibre dans un ensemble biologique, psychologique et sociale, et la prise en charge va consister à **redonner au patient l'ensemble des ressources nécessaires pour réaliser ses aspirations et satisfaire à nouveau ses besoins**.

Pour cela il est essentiel que le médecin tienne compte :

* des **représentations** du patient concernant sa santé et la maladie (théorie profane) qui déterminent les comportements que le patient peut mettre en place,
* et des **processus de transaction** que le patient met en place face à la maladie.

Les représentations concernant la maladie peuvent concerner :

* les causes (« À quoi est due ma maladie ? »),
* le sens de celle-ci (« Pourquoi cette maladie chez moi dans mon histoire personnelle ? »).

Les représentations de la santé et de la maladie sont parfois peu superposables aux « représentations médicales officielles » (théorie savante) et sont dépendantes de multiples facteurs liés à la personne « malade » (cf. Item 58) :

* culture,
* milieu social,
* personnalité,
* histoire personnelle.

Les processus de transaction sont les efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par un individu pour s'ajuster aux situations de stress, comme l'est la maladie. Ils déterminent les stratégies d'ajustement que le patient peut mettre en place pour s'adapter à la maladie, également appelé compétences d'adaptation du patient.

3.2. Les processus de transaction

L'effet sur les réponses d'un individu, d'une situation de stress comme la maladie se déroule de façon séquentielle, selon deux phases : une phase d'évaluation (primaire et secondaire) et élaboration d'une ou plusieurs stratégies d'ajustement (ou coping).

3.2.1. Phase d'évaluation

Il existe deux phases d'évaluation :

* la première, encore appelée évaluation primaire, correspond au « stress perçu » par le sujet dans la situation de stress. Le stress perçu se révèle plus prédictif de l'état de santé ultérieur du patient qu'une mesure objective de la situation de stress ;
* La deuxième phase d'évaluation (ou évaluation secondaire), correspond au « contrôle perçu » et au « soutien social perçu » par le sujet pour faire face à la situation de stress. Le contrôle perçu correspond à l'inventaire de ses ressources personnelles et de sa capacité à contrôler la situation et le soutien social perçu correspond à l'inventaire des aides, protections et valorisations relationnelles et sociales disponibles pour lui. Un « contrôle perçu » et un « soutien social perçu » sont des prédicteurs positifs de l'état de santé ultérieur en réduisant l'impact des événements de vie stressants et en facilitant l'adoption de changements de styles de vie nécessaires dans la prise en charge de la maladie. Un sentiment de perte de contrôle ou d'absence de soutien social s'avère donc délétère.

Ces phases d'évaluation sont influencées par des facteurs bio-psycho-sociaux et par la théorie profane du patient (cf. Item 58). Parmi les facteurs déterminants, on retrouve que les individus possédant certains traits de personnalité associés à une réactivité psychophysiologique au stress et aux émotions importante présenteront plutôt un stress perçu élevé. Les individus possédant certains traits de personnalité associés à la croyance généralisée que les événements de vie dépendent de facteurs externes non maîtrisables (on parle de « lieu de contrôle externe ») présenteront plutôt un « contrôle perçu » faible, alors qu'à l'inverse les individus possédant certains traits associés à la croyance généralisée que les événements de vie dépendent de facteurs internes en lien avec des aptitudes personnelles (« lieux de contrôle interne ») présenteront plutôt un contrôle perçu fort. Enfin, un isolement social ou des relations familiales, professionnelles et sociales peu soutenantes seront plutôt reliées à un « soutien social perçu » faible.

3.2.2. Phase d'ajustement

La phase d'ajustement ou de coping est l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation stressante afin de réduire son impact. Elle est déterminée notamment par la phase d'évaluation précédente.

Si le patient pense qu'il peut changer quelque chose à sa situation de maladie, il adoptera des « stratégies centrées sur le problème ».

Si le patient pense qu'il ne peut pas grand-chose face à sa situation de maladie, il adoptera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (« stratégies centrées sur l'émotion »).

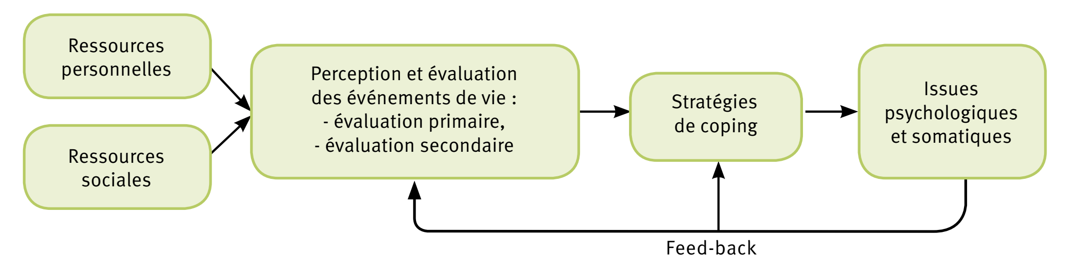


Figure 2. Les processus de transaction, schéma adapté de Bruchon-Schweitzer et Boujut, cf. « Références pour approfondir ».

4. Applications

Quelle que soit la situation, l'information transmise doit être loyale, claire, appropriée, adaptée à la situation et comprise par le patient. Le patient peut souhaiter que ses proches soient présents lors de la transmission d'informations et cela doit être accepté.

Chez les enfants, l'information est transmise aux parents mais également à l'enfant. Chez les adolescents en particulier, il ne faut pas oublier de proposer un moment d'échange seul sans les parents.

4.1. L'annonce d'une maladie grave ou sévère

L'annonce d'une maladie grave

* c'est-à-dire entraînant un risque vital à court terme
* ou d'une maladie sévère, c'est-à-dire altérant la qualité de vie du patient du fait de la rapidité d'évolution, du risque de rechute et/ou de récidive grave, et du retentissement fonctionnel de la maladie ne s'improvise pas. Elle nécessite une succession d'étapes qui peuvent être schématisées de la façon suivante.

Premièrement, il faut choisir un lieu d'information calme, connu du patient, où le médecin prendra le temps, dans le cadre d'une relation personnalisée avec le patient, mais également avec les proches si le patient le souhaite.

Deuxièmement, il faut se demander « ce que sait déjà le patient de sa situation ».

Troisièmement, il faut essayer de savoir « ce que veut savoir le patient ».

Quatrièmement, il faut communiquer les informations au patient et à l'entourage si le patient le souhaite. Les étapes de la démarche médicale peuvent être utilisées afin de rendre manifeste au patient les représentations et valeurs sur lesquelles les décisions du médecin ont été, sont ou pourraient être prises :

* partir du tableau clinique et des symptômes et signes que le patient et le médecin ont repérés et reconnus ensemble ;
* expliquer les examens complémentaires réalisés, leur place dans le cheminement diagnostique, ce qui était recherché et ce qui a été obtenu ;
* informer sur le diagnostic réalisé et sur le fait qu'un nom a été donné aux symptômes et signes à l'origine de la demande médicale. Donner des noms alternatifs que le patient puisse comprendre peut être utile. Enfin, rassurer sur le fait qu'il s'agit d'une maladie commune ;
* évoquer les facteurs causaux et les mécanismes étiologiques d'une manière compréhensible ;
* informer sur la prise en charge et l'urgence éventuelle, sur son utilité, les risques fréquents, les alternatives et les conséquences en cas de refus ;
* expliquer le pronostic et les notions de probabilité ;
* soutenir le patient et les proches.

Cinquièmement, il faut laisser le temps au patient de comprendre ce qui a été transmis, de réagir émotionnellement, et de poser les questions qu'il souhaite en fonction de ses propres représentations ou valeurs qu'il s'agira de respecter.

Enfin, il faut proposer un suivi et une prochaine date de rencontre.

4.2. La prise en charge d'une maladie chronique : l'éducation thérapeutique

La prise en charge de la maladie chronique implique une stratégie d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient plutôt que sur la maladie. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins plus généraux, les hospitalisations, les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé du patient.

Il vise à aider **le patient et ses proches** à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants dans une relation de type **participative**, à vivre le plus sainement possible tout en maintenant ou améliorant la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique doit rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir des stratégies nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie, dans la perspective de la définition de la santé de l'OMS de 1984.

Comme pour l'annonce d'une maladie, l'éducation thérapeutique ne s'improvise pas. Elle nécessite une succession d'étapes qui peuvent être schématisées de la façon suivante.

Premièrement, un diagnostic éducatif doit être réalisé avec le patient, afin de savoir :

* ce qu'il a ? (**dimension biomédicale**) ;
* ce qu'il sait ? Ce que sont ses représentations ? (**dimension cognitive**) ;
* ce qu'il ressent ? Ses réactions aux stress ? (**dimension affective**) ;
* ce qu'il fait ? Comment il est entouré ? (**dimension socio-professionnelle**) ;
* ce qu'il projette de faire ? (**dimension d'avenir**).

Deuxièmement, et en fonction du diagnostic éducatif, un contrat d'objectif peut être réalisé avec le patient afin de déterminer les compétences qui doivent être acquises suivant les différentes dimensions ciblées de l'étape suivante.

Troisièmement, des activités éducatives structurées sont mises en place. Ces activités permettent de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs thérapeutiques fixés de manière collaborative entre le soignant et le patient.

Enfin, il faut évaluer les effets de l'éducation thérapeutique pour connaître ce qu'il est nécessaire de changer chez le patient, si ces changements correspondent à ses attentes et si une modification du contrat d'objectifs est à réaliser.

Tout au long de cette démarche, le médecin doit être attentif aux mouvements affectifs qui peuvent influencer la relation médecin-malade et éviter toute contre-attitude du médecin, en particulier dans les situations où son savoir et pouvoir médical ne seraient pas suffisamment efficaces ou reconnus par le patient.



Résumé

Une maladie est identifiée par le médecin suivant une théorie savante correspondant au savoir biomédical. Bien qu'efficace, cette théorie ne représente qu'incomplètement ce que les patients vivent, pensent et ressentent quand ils ont une maladie. Le savoir médical se confronte, en effet, à une théorie profane des maladies et de la santé qui influence le comportement des patients, ses actions possibles et leurs relations avec les médecins. Le médecin doit tenir compte, pour l'annonce d'une maladie grave ou pour la prise en charge d'une maladie chronique à la fois :

- de ses propres représentations et émotions concernant la maladie (sa théorie savante),
- et des représentations et valeurs du patient (sa théorie profane) et de ses émotions aux cours des entretiens.



Références pour approfondir

Bruchon-Schweitzer M., Boujut E., *Psychologie de la santé – Concepts, méthodes et modèles*, Ellipses, 2014.

Cungi, C., *L'Alliance thérapeutique*, Retz, 2006.

Lançon C., *Conduites addictives et processus de changement*, John Libbey, 2013.

Lemoine M. & de Toffol B., *Manuel de sciences humaines en médecine*, Ellipses, 2013.

Miller W. R., Rollnick S., *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*, 2e édition, InterEditions, 2013.

Shea S., *Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*, Elsevier, 2005.

60

item 60

Décrire l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie, de l'enfant à la personne âgée

Cas cliniques SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/60





Le secteur :

* La base de l'organisation des soins en psychiatrie
* Centre médico psychologique (CMP) = structure pivot du secteur
* Coordination et continuité des soins
* Insertion et maintien du patient dans la communauté
* Développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation temps plein
* Multidisciplinarité
* Disparité importante de l'offre de soins
* Diversification des moyens thérapeutiques
* Soins de recours pour les situations complexes ou nécessitant un avis spécialisé

1. INTRODUCTION

1.1. Système de santé

1.1.1. Définition

Le système de santé est défini comme l'ensemble des moyens organisationnels, structurels, humains et financiers destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

Sa fonction est la promotion de la santé et son objectif est l'amélioration de la santé.

Selon l'OMS, le système de santé s'organise en 3 niveaux distincts :

* **niveau I (soins primaires) :** soins de premier recours, essentiellement ambulatoires, de proximité, dans la communauté, porte d'entrée dans le système de soins, comme définie en France par la notion de **« parcours de soins coordonné »** dont la **médecine générale** constitue le pivot. En psychiatrie (et addictologie), il existe une **dérogation au parcours de soins coordonné** pour les assurés de 16 à 25 ans, afin de faciliter l'accès aux soins psychiatriques ;
* **niveau II (ou secondaire) :** regroupe des services spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge d'un domaine pathologique donné ;
* **niveau III (ou tertiaire) :** constitué de **centres de référence**, offrant les services de soins les plus spécialisés, souvent à vocation d'enseignement et de recherche.

Le système de santé déploie une offre de soins à ces différents niveaux, autour de 3 types de structure de soins :

* **structures de soins ambulatoires :** psychiatres libéraux et Centres médico-psychologiques (CMP) notamment, en lien avec les acteurs de la médecine générale, les maisons de santé pluri-disciplinaires, les centres de soins…
* **structures intermédiaires :** hôpitaux de jour et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) notamment, qui assurent des soins séquentiels dans la communauté,
* **structures hospitalières :** services d'hospitalisation temps plein des hôpitaux publics ou du secteur privé notamment.

1.1.2. Financement

1.1.2.1. Système de soins



Le financement du système de soins est assuré par l'assurance maladie. L'assurance maladie se fonde sur une logique d'indemnisation de la maladie. L'assurance maladie garantit le remboursement des soins dispensés dans le cadre du « Parcours de soins coordonné » (http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/vous-etes-dans-le-parcours-de-soins-coordonnes.php).

C'est en référence au « parcours de soins coordonné » que chaque assuré est invité à désigner à sa caisse d'assurance maladie un « médecin traitant ». En cas de consultation d'un médecin spécialiste, le taux de remboursement maximal est garanti à l'assuré s'il est adressé par son « médecin traitant ». Cependant, l'assuré de 16 à 25 ans ayant un médecin traitant déclaré peut consulter directement un psychiatre sans perte du bénéfice du taux habituel de remboursement. Cette disposition a pour objectif d'améliorer l'accessibilité au système de soins psychiatriques en renforçant son positionnement au niveau des soins primaires.

Indépendamment du « parcours de soins coordonné », il peut exister, dans les territoires de santé, une coordination formalisée de professionnels de santé et des intervenants (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.), sous forme de **« réseau de soins »,** destinée à améliorer le parcours d'un patient, favoriser son accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

1.1.2.2. Structures sociales et médico-sociales

La prise en charge au long cours des personnes souffrant de troubles mentaux s'appuie sur le système de soins mais également sur des structures sociales et médico-sociales : ces structures ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge à tout public dit « vulnérable » ou en situation de dépendance (personnes âgées, personnes en situation de précarité, d'exclusion, de handicap en particulier). Il s'agit d'une logique d'assistance qui ne concerne pas uniquement la maladie. Lorsque cette assistance concerne le handicap, c'est la **maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui coordonne la mise en place d'un plan personnalisé de compensation du handicap avec l'ouverture de droits** (cf. Item 117). Le financement des dépenses d'aide et d'action sociale dans le secteur social et médico-social est assuré par de multiples acteurs (État, assurance maladie et collectivités territoriales).

1.2. Organisation générale du système de soins en psychiatrie

Le système de soins en psychiatrie s'organise :

* **aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire**, dans une logique territoriale qui a pour objectif de garantir un égal accès aux soins psychiatriques à chacun. Il veille à bien s'articuler avec les soins de médecine générale mais aussi le secteur médico-social ;
* **autour d'acteurs du secteur public :** établissements publics de santé mentale ; et du secteur privé (psychiatres libéraux, cliniques privées). En 2001, on notait 13 000 psychiatres en exercice, l'offre de lits était de 104/100 000 habitants. Le recours au système de soins psychiatriques est en forte augmentation, une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2003 faisant état entre 1999 et 2009, d'une augmentation de 56 % du nombre de personnes suivies par un service de psychiatrie publique, et d'une augmentation de près de 20 % du nombre de consultations auprès de psychiatres libéraux ;
* **le secteur** correspond à une zone géographique délimitée, au sein de laquelle une équipe multidisciplinaire de psychiatrie publique a la responsabilité de l'offre publique de soins psychiatriques **(ambulatoires, intermédiaires, hospitaliers)** et de la mise en œuvre de toutes les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Le lieu de résidence de chaque patient détermine ainsi le service auprès duquel il peut solliciter une prise en charge par le secteur public bien que le libre choix du médecin demeure le principe général d'organisation du soin. À sa création l'organisation sectorielle était conçue pour que chaque secteur ait en charge une population moyenne de 70 000 habitants pour la psychiatrie de l'adulte, et de 150 000 habitants pour la pédopsychiatrie.

2. Contexte épidémiologique

La santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique (cf. Item 58).

Les troubles psychiatriques sont fréquents et évolutifs, le plus souvent chroniques et fréquemment source de handicap (cf. Item 117).

On estime que les maladies mentales touchent un individu sur cinq en France, soit 12 millions de personnes pour un coût évalué à 107 milliards d'euros = 3 à 4 % PIB (coûts directs et coûts indirects liés à la perte de qualité de vie, de travail et de productivité pour les patients et leurs familles).

Selon l'OMS, les troubles mentaux sont le premier contributeur au fardeau global des maladies non transmissibles, devant les maladies cardiovasculaires et le diabète.

En chiffres :

* prévalence annuelle des troubles mentaux en population générale et infanto-juvénile : environ 20 % ;
* les troubles mentaux représentent :
  - 12 à 15 % des invalidités (autant que les maladies cardiovasculaires et plus que les cancers),
  - 30 % des journées de vie perdues par mortalité évitable ou par invalidité (OMS) ;
* augmentation importante de la demande de soins depuis les années 1990 :
  - file active de psychiatrie adulte égale à 1,3 million de patients (en 2003),
  - file active de pédopsychiatrie égale à 464 000 patients (en 2003).

Les objectifs de santé publique en santé mentale sont :

* la lutte contre les troubles mentaux (sans oublier les troubles addictifs) : actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soins, et de réhabilitation psycho-sociale (cf. Items 58 et 117) ;
* la lutte contre l'inégalité d'accès aux soins (cf. Item 57) ;
* la promotion des droits et des soins pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques (cf. Item 58) ;
* la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques (cf. Item 117).

Voir ci-contre encadré « Histoire de la psychiatrie ».

3. Offre de soins en psychiatrie adulte

3.1. Établissements publics de santé mentale

3.1.1. Objectifs de l'organisation sectorielle

La mise en place de la sectorisation en France en 1960 s'inscrit dans le contexte général de désinstitutionalisation qui visait à cette époque, à faire sortir de structures asilaires alors lieux de vie autant que lieux de soins, les personnes souffrant de pathologies mentales sévères et chroniques,



Loi du 30 juin 1838 :
Organisation de la prise en charge des « aliénés », création des « asiles psychiatriques » (centres hospitaliers spécialisés d'aujourd'hui).
Circulaire de 1960 :
Mise en place de la politique de secteur de psychiatrie adulte.
C'est l'application de la circulaire de mars 1972 après celle de 1960 qui met en place le secteur de pédopsychiatrie.
Loi hospitalière de 1991 :
Régime juridique identique pour la carte sanitaire MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) et la carte sanitaire psychiatrie, selon le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).
Développement et diversification des moyens thérapeutiques : le secteur reste le dispositif de soins psychiatriques généralistes et de proximité (niveau I et II), pouvant s'appuyer sur le développement d'une offre de soins innovants hautement spécialisés (niveau III).
L'ordonnance du 4 septembre 2003 :
Définit les « territoires de santé » qui deviennent l'échelon de référence pour l'organisation de l'offre de soins psychiatriques et non-psychiatriques. Cette évolution implique une solidarité et une complémentarité entre les différents établissements du territoire.
La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) de 2009 :
Porte la création des ARS (agence régionale de santé) chargées de définir de nouveaux territoires de santé pertinents pour lutter contre les inégalités de santé. Les compétences des ARS sont élargies à la planification de l'offre médico-sociale.
La loi du 5 juillet 2011 :
Le rôle des ARS est conforté, notamment dans la coordination des soins entre les établissements de santé.
La loi de santé du 26 janvier 2016 :
Créé les Groupements hospitaliers de territoire, auxquels les EPSM sont invités à prendre part.

essentiellement de type schizophrénie. L'objectif est alors de limiter le recours à l'hospitalisation en offrant aux personnes souffrant de troubles psychiatriques des modalités de soins compatibles avec une vie dans la cité. L'offre de soins sectorielle se veut alors adaptée aux différentes pathologies, à chaque phase de la maladie, et accessible pour les patients, ce qui justifie une implantation territoriale qui garantit une offre de proximité.

L'organisation sectorielle a contribué au développement de prises en charges diversifiées et d'alternatives à l'hospitalisation temps plein par l'accès à des consultations ambulatoires, la possibilité de visites à domiciles, la mise en place de soins séquentiels en hospitalisation de jour et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Les apports de l'organisation sectorielle sont :

- l'égalité d'accès en tout point du territoire,
- la désinstitutionalisation,
- la continuité du soin,
- les soins centrés sur le patient dans son environnement (alternatives à l'hospitalisation temps plein) : offre de soins ambulatoires à proximité de sa résidence et en dehors de l'hôpital, offre de soins séquentiels (hôpital de jour ou CATTP),
- les soins de réhabilitation psychosociale qui ont pour objectif de limiter le handicap conséquence de la pathologie, et de maintenir le patient dans la communauté (cf. Item 117).

3.1.2. Modalités de prise en charge en psychiatrie

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie adulte sont classiquement distingués :

- soins ambulatoires,

* soins séquentiels à « temps partiel » (hospitalisation de jour ou de nuit, CATTP…),
* soins continus en « hospitalisation complète ».

La psychiatrie est la seule discipline médicale pouvant dispenser des soins sans le consentement de la personne (cf. Item 11). Les différents types de soins sans consentement (en hospitalisation complète ou ambulatoire) sont le plus souvent délivrés par les services de psychiatrie publique mais certains établissements privés peuvent également assurer ce type de soins.

3.1.2.1. Soins ambulatoires

Définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Il s'organise selon diverses modalités :

* **Consultations ambulatoires** : les centres médico-psychologiques (CMP) sont les structures pivot du secteur, en amont et en aval de l'hospitalisation, ils permettent une coordination du parcours de soins psychiatriques. Les soins y sont dispensés gratuitement pour en faciliter l'accès.

Les CMP regroupent des compétences multiples au sein d'équipes multidisciplinaires (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, sociothérapeutes…) qui assurent une offre diversifiée de soins. Par exemple, les centres d'accueil permanent (CAP) offrent une réponse 24 h/24.

* **La psychiatrie de liaison** : répond aux besoins d'interventions psychiatriques en unités d'hospitalisation non-psychiatriques, dans les services d'accueil d'urgences des hôpitaux généraux ou dans des structures médico-sociales.

3.1.2.2. Soins séquentiels « à temps partiel »

Ils permettent une prise en charge intensive en ambulatoire.

* **L'hôpital de jour (HDJ)** : il dispense des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine. Il a pour objectif d'éviter la chronicisation et de préparer la réinsertion dans le milieu de vie.
* **L'hôpital de nuit** : il permet une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine.
* **Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** : ils dispensent des activités thérapeutiques et occupationnelles. Ils favorisent le renforcement de l'autonomie.

3.1.2.3. Soins continus « en hospitalisation complète »

* **L'hospitalisation temps plein** correspond à l'hospitalisation « traditionnelle » au sein de l'hôpital (24 h/24), pendant la phase aiguë de la maladie. Les unités d'hospitalisation peuvent être localisées au sein des CHS (centre hospitalier spécialisé)/CHG (centre hospitalier général) ou CHR (centre hospitalier régional). 13 % de l'offre d'hospitalisation est dans le secteur privé.
* **Les centres de post-cure** sont des unités de moyen séjour, de transition entre l'hôpital et le retour au domicile. Des soins intensifs de réhabilitation psychosociale peuvent y être délivrés. Les soins visent à limiter le handicap et à soutenir le retour à l'autonomie. Ils peuvent durer de plusieurs mois à quelques années.
* **Le centre d'accueil et de crise d'urgence (CAC) ou U72** : il s'agit de structures hospitalières d'accueil des patients en situation de crise, souvent adossées aux services d'accueil d'urgence des hôpitaux généraux. Les durées moyennes de séjour y sont courtes. Elles ont pour objectif de limiter les hospitalisations en service de psychiatrie à partir des dispositifs d'urgences.
* **L'hospitalisation à domicile (HAD)** permet d'offrir des soins « intensifs » au domicile du patient et de limiter le recours à l'hospitalisation temps plein,
* **L'accueil en appartement thérapeutique** à la sortie de l'hôpital et pendant une durée limitée permet de développer les habiletés de la vie quotidienne et de restaurer l'autonomie du patient. Il nécessite le passage quotidien de personnels soignants.

3.2. Professionnels du dispositif de soins psychiatriques

Les soins psychiatriques sont délivrés par une **équipe multidisciplinaire** qui regroupe des compétences diverses :

* le personnel médical : psychiatres ;
* le personnel non médical : cadres, infirmiers, aides-soignants, psychologues, assistants sociaux, personnel de rééducation (psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute), personnel éducatif (animateur, éducateur), secrétaires médicales, agents de services hospitaliers.

Les équipes multidisciplinaires travaillent en **étroit partenariat avec** :

* **les autres professionnels de santé** :
  - les médecins généralistes : ils représentent le premier recours lors de la demande initiale de soins et parfois également le dernier interlocuteur accepté par des patients en rupture de soins avec le secteur,
  - la médecine spécialisée ;
* **les partenaires sociaux et médicaux-sociaux** impliqués dans les différents besoins d'accompagnement des patients (cf. Item 117) : hébergement (foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées), accompagnement dans la cité **(service d'accompagnement à la vie sociale SAVS** ou **service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés SAMSAH)**, travail en milieu protégé **(Établissement et service d'aide par le travail ESAT)** et dispositifs de prise en charge des personnes en situation de précarité (PASS, lits haltes soins santé) (cf. Item 57) ;
* les maires dans le cadre des conseils locaux de santé mentale ;
* les associations d'usagers ou de familles :
  - UNAFAM (Union nationale des familles et amis des malades souffrant de troubles psychiatriques),
  - FNAPSY (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) ;
* et dans certaines situations rares : les forces de l'ordre et les juges, les personnels pénitentiaires et les conseillers de probations.

4. Offre de soins en pédopsychiatrie

4.1. Le secteur de pédopsychiatrie

4.1.1. Objectifs

Comme pour la psychiatrie adulte, le but est d'installer la prévention et la continuité des soins dans la communauté pour les enfants et adolescents.

On distingue quelques spécificités relatives à la pédopsychiatrie :

* **priorité donnée aux liens entre l'enfant et son milieu familial et social** : éviter les séparations et les ruptures ;
* **maintenir l'enfant dans le milieu scolaire** ;
* travail de concert avec **les acteurs du monde de l'enfance** (Éducation nationale, services de protection de l'enfance, associations de parents).

4.1.2. Modalités de prise en charge en pédopsychiatrie

4.1.2.1. Soins ambulatoires

Le centre médico-psychologique (CMP) reste la structure pivot du secteur en pédopsychiatrie et représente la première structure utilisée en pédopsychiatrie.

La pédopsychiatrie de liaison (surtout aux urgences, en pédiatrie et en maternité).

4.1.2.2. Soins séquentiels « à temps partiel »

L'hôpital de jour (HDJ) est la deuxième structure la plus utilisée en pédopsychiatrie.

Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP).

4.1.2.3. Soins continus en « hospitalisation complète »

L'hospitalisation temps plein dans des services de psychiatrie infanto-juvénile.

L'accueil familial thérapeutique (pour les enfants souffrant de troubles mentaux susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif).

Les structures de types soins-études (ces structures proposent une scolarisation ordinaire et complète au cours d'une hospitalisation complète en psychiatrie).

4.2. Professionnels du dispositif de soins pédopsychiatriques

L'équipe de secteur de pédopsychiatrie est multidisciplinaire (pédopsychiatres, infirmiers, puéricul-teurs, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, assistants sociaux, etc.)

Le secteur de pédopsychiatrie est également en contact avec de nombreux partenaires :

- du champ sanitaire Protection maternelle et infantile (PMI), médecins généralistes et autres spécialités ;
- des champs social, médico-social et médico-éducatif (par exemple, Aide sociale à l'enfance (ASE), Aide éducative en milieu ouvert (AEMO)).
- Éducation nationale,
- Les services du département.

4.3. Lieux de prise en charge hors secteur (structures médico-sociales)

Il existe deux institutions de soins ambulatoires hors secteur :

- **Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP).** Ce sont des lieux de consultations et de soins ambulatoires où travaille une équipe pluridisciplinaire (comme dans les CMP). Des personnels de l'Éducation Nationale y sont spécifiquement rattachés ;
- **Centre d'action médico-social précoce (CAMSP).** Ce sont des lieux de soins ambulatoires qui prennent en charge les enfants de 0 à 6 ans. Une équipe pluridisciplinaire y intervient dont des pédiatres. Ils ont une mission de prévention et de coordination.

D'autres structures prennent en charge les enfants présentant un handicap sévère reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), tels que :

* **Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** : dont la mission est la prise en charge multidisciplinaire, ambulatoire et intégrée (dans le milieu scolaire, au domicile, et dans les locaux de la structure) ;
* **Institut médico-éducatif (IME)** : dont la mission est l'éducation thérapeutique, les soins, et l'enseignement général des enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux sévères ;
* **Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)** : dont la mission est la prise en charge des enfants et adolescents présentant des troubles sévères du comportement. Les ITEP assurent une prise en charge globale alliant scolarité très aménagée et prise en charge éducative, psycho-thérapeutique, voire familiale.

5. Offre de soins spécifiques

5.1. Psychiatrie d'urgence

Elle est organisée en majorité par les hôpitaux généraux assurant un Service d'accueil d'urgence (SAU).

Dans certains territoires, d'autres réponses ont pu être mises en place : équipes mobiles, permanence téléphonique, médecins/autres professionnels exerçant au sein d'associations (réponse téléphonique, déplacement à domicile).

5.2. Psychiatrie de liaison

Les équipes de psychiatrie de liaison sont multidisciplinaires (psychiatres, psychologues et infirmiers) et interviennent dans les services de MCO pour assurer les soins en santé mentale.

5.3. Addictologie

Cette spécialité implique une grande transversalité et coordination des intervenants (cf. Item introductif d'addictologie).

5.4. Psychiatrie de la personne âgée

Il existe une grande transversalité et coordination des intervenants.

On distingue trois types de prise en charge :

* **hospitalière** : complète (unités de soins aigus ou prolongés) ou partielle (HDJ ou hôpital de nuit) ;
* **extra-hospitalière** (ambulatoire) : équipe de secteur, équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMPG) ;
* **consultations de psychiatrie de la personne âgée**.

5.5. Secteur pénitentiaire

Il est destiné à la prise en charge de la population carcérale.

On distingue :

* Dans l'établissement pénitentiaire : la psychiatrie de liaison par le secteur et les consultations psychiatriques.
* Le service médico-psychologique régional (SMPR) : structure de soins psychiatriques située dans l'enceinte de la prison.
* L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) : hôpital qui accueille une population carcérale uniquement.

5.6. Consultations de recours

Dans certaines situations complexes, un avis spécialisé peut être nécessaire. Il s'agit principalement des cas de doutes diagnostiques, de pathologies complexes, de nécessité d'évaluations de soins spécifiques, de résistance au traitement, etc.

Des consultations spécialisées sont donc apparues depuis quelques années : soins partagés avec les médecins généralistes, cellules d'urgences médico-psychologiques, centres experts (de niveau III généralement) pour les patients souffrant de troubles bipolaires, de schizophrénie, de troubles dépressifs caractérisés pharmaco-résistants, de troubles anxieux sévères. Ces consultations ont également des missions de recherche clinique et de diffusion de soins innovants dans leur territoire.

Les centres ressource autisme (CRA) constituent des lieux de recours à l'ensemble des professionnels concernés par le diagnostic et l'évaluation des troubles du spectre autistique, notamment pour les équipes de psychiatrie et de pédiatrie. Chaque région dispose d'un CRA implanté dans un CHU.



Le secteur correspond à une zone géographique délimitée, au sein de laquelle une équipe multidisciplinaire de psychiatrie publique a la responsabilité de l'offre publique de soins psychiatriques (ambulatoires, intermédiaires, hospitaliers) et la mise en œuvre de toutes les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire en coordination avec les autres structures de soins et les structures sociales et médico-sociales.





www.drees.sante.gouv.fr : Organisation de l'offre de soins et santé mentale (2014)/La prise en charge de la santé mentale (2007).

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

module deux

Situations d'urgence

346

item 346

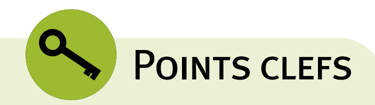
Agitation et délire aigus



* Diagnostiquer une agitation et un délire aigu.
* Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/346





Agitation et délire aigu constituent **deux syndromes indépendants**.
Ces syndromes peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles ou maladies.
Une **cause non-psychiatrique doit être systématiquement recherchée**.
En cas d'agitation, l'**étiologie est différente en fonction du terrain** : s'il s'agit d'une personne âgée, d'un sujet jeune, ou d'un sujet ayant des antécédents psychiatriques.
En cas d'idées délirantes aiguës, lorsqu'une étiologie non-psychiatrique a été éliminée, il faut rechercher les symptômes psychiatriques associés.
En cas d'étiologie non-psychiatrique, la prise en charge thérapeutique en urgence est celle de la pathologie sous-jacente.
La consommation ponctuelle ou chronique de **substances psychoactives ou de toxiques** doit toujours être recherchée.
En cas de trouble psychiatrique, la prise en charge en urgence repose sur la sédation et l'anxiolyse.
Il faut systématiquement rechercher le **risque suicidaire** ou d'**hétéroagressivité**.

Agitation et délire aigu constituent deux syndromes différents, qui ne sont pas systématiquement associés. La démarche diagnostique et thérapeutique dépendra de la présence d'un seul ou des deux syndromes. L'agitation et les idées délirantes peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles. Une cause non-psychiatrique doit être systématiquement envisagée chez toute personne présentant un état d'agitation ou des idées délirantes d'apparition récente.

1. Agitation

72

La plupart du temps, la demande de soins dans le cadre de l'agitation aiguë n'émane pas du sujet mais de son entourage, qui fait alors souvent appel à des services d'urgence. Cette demande peut aussi émaner des forces de l'ordre intervenues à domicile ou sur la voie publique. L'agitation, qui représente 10 à 15 % des consultations psychiatriques aux urgences, est une situation complexe à gérer car le praticien doit l'apaiser tout en laissant la possibilité de préciser le diagnostic étiologique.

1.1. Diagnostiquer un état d'agitation aigu

1.1.1. Définition et sémiologie de l'état d'agitation

Un état d'agitation se définit selon le DSM 5 comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirailler ses vêtements, l'incapacité de rester assis ». Il s'agit donc d'un état de tension et d'hyperactivité physique et psychique.

L'agitation doit être distinguée de l'hyperactivité, dans laquelle la motricité est orientée vers un but. Elle doit également être distinguée de l'akathisie (nécessité impérieuse de se déplacer, mouvements incessants des jambes…).

1.1.2. Interrogatoire

L'interrogatoire du patient ou de son entourage doit permettre de recueillir deux types d'informations qui orienteront la prise en charge : les circonstances de survenue de l'état d'agitation et les antécédents du patient.

1.1.2.1. Circonstances de survenue

La date de début de l'apparition de l'état d'agitation doit être recherchée, ainsi que ses modalités d'apparition : brutale ou progressive, permanente ou intermittente, et l'existence éventuelle d'un facteur déclenchant (voyage, événement de vie…) ou une prise de toxiques.

1.1.2.2. Antécédents

Les antécédents, psychiatriques et non-psychiatriques, doivent être détaillés, l'état d'agitation pouvant entrer dans le cadre d'une décompensation aiguë d'une pathologie sous-jacente.

1.1.3. Examen clinique

1.1.3.1. Recherche de signes de gravité

La priorité est la recherche de symptômes de gravité mettant en jeu le pronostic vital :

* Un syndrome confusionnel (perturbation de la conscience accompagnée de modifications cognitives, altération de la mémoire, désorientation temporo spatiale, perturbation du langage, perturbation des perceptions) possiblement à l'origine d'un état d'agitation.

La perturbation s'installe en un temps court et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. L'histoire de la maladie, l'examen physique, et les examens complémentaires mettent en évidence l'étiologie de la confusion, conséquence physiologique directe d'une pathologie non-psychiatrique, de l'intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique, ou d'une combinaison de ces différents facteurs (cf. Item 106).

* Autres signes de gravité :
  - des signes de déshydratation sévère, troubles hydroélectrolytiques ;
  - des signes de sepsis, choc cardiovasculaire, détresse respiratoire aiguë.

1.1.3.2. Symptômes non-psychiatriques associés

Un examen physique est indispensable afin de rechercher des symptômes non-psychiatriques associés, en priorité :

* des symptômes orientant vers un diagnostic neurologique (épilepsie, hématome sous-dural, hémorragie méningée, processus tumoral intracrânien, accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire, etc.), à savoir myosis, mydriase, symptômes méningés, signes de localisation neurologique, morsure de langue, etc. ;
* des symptômes orientant vers un diagnostic endocrinien ou métabolique (hypoglycémie, troubles hydroélectrolytiques, dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, maladie d'Addison, etc.) à savoir symptômes de déshydratation, tachycardie, globe urinaire, etc. ;
* des symptômes orientant vers une origine infectieuse (méningite, encéphalite, septicémie, pneumopathies), à savoir hyperthermie, symptômes méningés, dyspnée, cyanose, sueurs profuses, etc.

1.1.3.3. Symptômes psychiatriques associés

* symptomatologie thymique (symptomatologie dépressive, maniaque) ;
* symptomatologie psychotique (idées délirantes, hallucinations) ;
* symptomatologie anxieuse.

1.1.4. Examens complémentaires

Le bilan biologique initial minimum doit permettre d'éliminer les étiologies mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel :

* un bilan biologique avec glycémie et ionogramme, calcémie, hémogramme, CRP, hémostase (en cas de nécessité de traitement par injection intramusculaire) ;
* un ECG (en cas de nécessité d'administration d'un traitement antipsychotique à visée sédative).

Les autres examens sont à déterminer en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique complet. Il faut notamment discuter :

* alcoolémie, dosage urinaire de toxiques ;
* bilan hépatique, fonction rénale ;
* TSH ;
* ponction lombaire, TDM cérébral, EEG ;
* ECBU, goutte épaisse, radiographie pulmonaire.

1.2. Déterminer l'étiologie de l'état d'agitation

Les causes à l'origine d'un état d'agitation sont nombreuses. L'approche consistant à raisonner en fonction des étiologies les plus fréquentes et/ou les plus graves en fonction du contexte épidémiologique permet de s'orienter de manière pragmatique. Trois situations fréquentes peuvent ainsi être distinguées (cf. **Tableau 1**, infra p. 80) :

* l'état d'agitation survient de manière aiguë chez une personne âgée ;
* l'état d'agitation survient chez un sujet jeune, sans antécédents connus ;
* l'état d'agitation survient de manière aiguë chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques.

1.2.1. Chez une personne âgée

La priorité est d'éliminer une cause non-psychiatrique, qu'il existe ou non des antécédents de troubles psychiatriques connus. Une iatrogénie médicamenteuse, un trouble hydro-électrolytique ou métabolique, une cause neurologique doivent être recherchés en première intention.

* une iatrogénie médicamenteuse : plusieurs médicaments peuvent être à l'origine d'une agitation dans cette population. Les psychotropes peuvent tous induire un état d'agitation, notamment :
  - les benzodiazépines (syndrome confusionnel à l'instauration ou au sevrage après arrêt brutal),
  - les antidépresseurs (confusion, syndrome sérotoninergique, virage maniaque ou hypomaniaque),
  - d'autres médicaments sont à risque parmi lesquels (sans être exhaustifs), les plus fréquemment retrouvés sont les corticoïdes, les agonistes dopaminergiques, les anticholinergiques, ou, plus rarement, les antipaludéens, l'isoniazide, l'interféron ;
* un trouble hydro-électrolytique (dysnatrémie, hypercalcémie), une pathologie endocrinienne (hyperthyroïdie) ou métabolique (hypoglycémie) ;
* une pathologie neurologique ou neurochirurgicale : accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural ou extra-dural, crise convulsive, tumeur, démence débutante ;
* D'autres étiologies, fréquentes chez les personnes âgées, sont ensuite recherchées :
  - une infection (urinaire, pulmonaire…),
  - un globe vésical ou un fécalome,
  - une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens),

- une intoxication au monoxyde d'azote,
- une pathologie cardiovasculaire : embolie pulmonaire, infarctus du myocarde.

Une éventuelle pathologie psychiatrique ne pourra être évoquée qu'après un bilan clinique et paraclinique complet. En effet, l'agitation est très rarement un symptôme inaugural d'un trouble psychiatrique chez une personne âgée. Cependant, parmi ces pathologies, peuvent être évoqués :

* un épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques ;
* un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire à début tardif ou induit par les antidépresseurs ;
* une attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique si les épisodes sont répétés ;
* un trouble délirant à type de jalousie ou de persécution.

1.2.2. Chez un adulte jeune

De la même manière, chez l'adulte jeune, une pathologie non-psychiatrique doit être éliminée. On recherchera de manière prioritaire une étiologie toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse.

* une intoxication aiguë à des substances psychoactives : alcool, cannabis et autres hallucinogènes (LSD), psychostimulants (cocaïne, amphétamine, ecstasy) ;
* un sevrage de substance psychoactive, notamment alcool, héroïne, autres morphiniques ;
* une iatrogénie médicamenteuse : les antidépresseurs et corticoïdes sont les plus fréquemment en cause. Il faut également connaître les effets paradoxaux des benzodiazépines, plus fréquents chez l'adulte jeune, avec un état d'agitation parfois incoercible. Les antipaludéens (notamment méfloquine) peuvent être impliqués, dans un contexte de voyage récent ;
* une pathologie métabolique (hypoglycémie) ou endocrinienne (hyperthyroïdie) ;
* une pathologie infectieuse : méningo-encéphalite herpétique, neuropaludisme ;
* une pathologie neurologique non infectieuse : crise convulsive, accident vasculaire cérébral hémorragique, etc. ;
* une intoxication au monoxyde d'azote ;
* une embolie pulmonaire…

Une fois ces diagnostics éliminés, on peut envisager un diagnostic de trouble psychiatrique. L'agitation est totalement aspécifique, et tous les troubles psychiatriques peuvent entraîner un état d'agitation.

En l'absence d'antécédents connus, les diagnostics étiologiques les plus fréquents sont :

* une attaque de panique (crise d'angoisse aiguë) isolée ou dans le cadre d'un trouble panique ;
* un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire, ou suite à l'initiation récente d'un traitement antidépresseur, ou dans un contexte de post-partum, associé ou non à des caractéristiques psychotiques ;
* un épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse, associé ou non à des caractéristiques psychotiques ;
* un trouble psychotique bref ;
* un trouble psychotique chronique débutant (trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant) ;
* enfin, une crise clastique dans le cadre d'un trouble de la personnalité pourrait être évoquée (surtout pour les personnalités borderline, antisociale ou histrionique), mais il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Un diagnostic de trouble de la personnalité est en effet impossible à poser dans un contexte d'urgence.

1.2.3. Chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques

La même démarche étiologique doit être gardée chez ces sujets. Une pathologie non-psychiatrique doit être éliminée en priorité. En effet, même si le diagnostic le plus probable de l'état d'agitation est celui d'une décompensation d'un trouble psychiatrique déjà connu, il faut rester vigilant, et notamment penser à rechercher une cause iatrogène à l'état d'agitation :

* un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte suite à l'initiation d'un antidépresseur ;
* un syndrome sérotoninergique chez un patient suite à l'initiation d'antidépresseur ;
* un effet paradoxal des benzodiazépines ;
* des effets secondaires des antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie) ;
* un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique (antidépresseurs tricycliques, antipsychotiques à visée sédative type lévomépromazine ou cyamémazine, correcteurs des effets secondaires extrapyramidaux des antipsychotiques...).

1.3. Prise en charge d'un état d'agitation

1.3.1. L'hospitalisation en psychiatrie

Le patient est hospitalisé en urgence, avec son consentement si possible, sans consentement en cas de refus et de mise en danger (SPDT/SDRE).

La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.

1.3.2. Traitements pharmacologiques

Le traitement médicamenteux est étiologique et curatif lorsqu'il existe une cause non-psychiatrique. Lors d'une agitation dont l'étiologie ne peut être déterminée, si un traitement anxiolytique et sédatif est nécessaire du fait de l'intensité de l'agitation, peuvent être prescrits :

* des benzodiazépines à demi-vie courte (par ex., oxazépam per os) ou un anxiolytique d'une autre famille (par ex., hydroxyzine per os) :
  - les contre-indications en urgence sont l'insuffisance respiratoire et la myasthénie,
  - si le patient refuse les traitements per os et que la voie intramusculaire (IM) est nécessaire, il est préférable de ne pas utiliser de benzodiazépines (mauvaise biodisponibilité par cette voie, durée d'action longue) ;
* des antipsychotiques à visée sédative (par exemple : cyamémazine, lévomépromazine, loxapine per os ou en cas de refus, haldol ou loxapine IM) doivent être réservés aux d'états d'agitation très sévères car ils peuvent aggraver les troubles de la vigilance, et ne devraient pas être administrés sans électrocardiogramme préalable (risque de troubles de rythme en cas de QT long) :
  - la cyamémazine en IM n'est pas recommandée du fait du risque important d'allongement du QT,
  - les contre-indications absolues en urgence sont celles des anticholinergiques (glaucome à angle fermé, adénome de la prostate) et un syndrome du QT long.

Il faut penser à toujours privilégier la monothérapie, prendre le temps d'évaluer l'effet du premier traitement prescrit, et éviter l'escalade des doses avec des effets cumulatifs différés sur la vigilance.

Une surveillance rapprochée (tolérance sur les fonctions vitales, efficacité sur l'état d'agitation) est indispensable.

Lorsqu'un trouble psychiatrique est à l'origine de l'état d'agitation, la mise en place d'un traitement adapté au trouble (thymorégulateur, antidépresseur, antipsychotique à visée antidélirante ou antimaniaque) doit se faire de manière différée, afin de permettre une évaluation sémiologique correcte à distance de la situation d'urgence, et après un bilan pré-thérapeutique (cf. Item 72).

1.3.3. Traitements non pharmacologiques

L'état d'agitation pose toujours le problème du passage à l'acte, auto ou hétéroagressif, comportement d'allure impulsive en rupture avec les conduites habituelles du sujet.

Un contact verbal instaurant un climat de confiance, facilitant une alliance thérapeutique, un comportement empathique, peut tenter de prévenir un passage à l'acte.

La prise en charge relationnelle est une obligation médicale puisqu'elle désamorce dans un nombre important de cas l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle.

Des règles générales sont ensuite à appliquer :

- environnement le plus calme possible, chambre éclairée ;
- prévention du risque d'auto et hétéro agression, y compris involontaire (enlever tous les objets dangereux, fermer les fenêtres…) ;
- les mesures de contention doivent être évitées au maximum car la contention physique peut aggraver un syndrome confusionnel associé à l'agitation. Lorsqu'elle est indispensable du fait de la dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage, sa durée doit être limitée le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace.

2. Délire aigu

2.1. Diagnostiquer un délire aigu

2.1.1. Définition d'une idée délirante

Une idée délirante se définit selon le DSM 5 comme « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (par exemple : il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse) ». On définit son caractère aigu par l'apparition récente depuis moins d'un mois.

2.1.2. Caractérisation de l'idée délirante

2.1.2.1. Thème

Le thème délirant correspond au sujet principal sur lequel porte le délire. La thématique délirante correspond à l'ensemble des idées du patient sur lesquelles porte sa conviction délirante. Les thématiques peuvent varier à l'infini, être uniques ou multiples dans un même délire, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Chaque thème peut être trouvé dans plusieurs types de trouble psychiatrique. La thématique la plus fréquente est la persécution ; il faut dans ce cas rechercher s'il existe un persécuteur désigné, c'est-à-dire une personne nominativement désignée comme étant à l'origine des persécutions ou du complot.

2.1.2.2. Mécanisme

Le mécanisme du délire correspond au processus par lequel le délire s'établit et se construit. Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation du délire. Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes : les mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginatif.

2.1.2.3. Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Elles peuvent être « non systématisées » (ou « paranoïdes ») si elles sont à thèmes multiples (polymorphes), sans cohérence ni lien logique entre elles. Elles sont dites systématisées (ou « paranoïaques ») si elles portent sur un thème unique (persécution, jalousie, érotomanie) et ont une organisation interne respectant la logique, même si le postulat de base est faux.

2.1.2.4. Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes, qui correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable mais peut être élevée. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ». Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer son propre délire.

2.1.2.5. Retentissement émotionnel et comportemental

Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéro agressif. La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, expier ses fautes, se venger d'un persécuteur).

2.1.3. Symptômes psychiatriques associés

2.1.3.1. Autres symptômes psychotiques

La présence associée d'hallucinations (définies comme des perceptions sans objet) doit être recherchée. Elles peuvent concerner tous les sens : acoustico-verbales (voix uniques ou multiples, connues ou inconnues), visuelles, cénesthésiques [sensibilité profonde (ondes, décharges électriques…) ou tactiles (sensibilité superficielle), olfactives (odeurs de putréfaction…), gustatives (goût amer, de pourriture…)].

La présence d'un syndrome de désorganisation (cognitif, émotionnel ou comportemental), et/ou d'un syndrome négatif (cognitif, émotionnel et comportemental) doit également être recherchée.

2.1.3.2. Symptômes thymiques

De manière systématique, il faut explorer la symptomatologie thymique, et si possible déterminer la chronologie d'apparition des symptômes thymiques et psychotiques (concomitante ou non).

2.2. Déterminer l'étiologie du délire aigu

En cas de symptômes psychotiques d'apparition aiguë, la même démarche étiologique que celle décrite précédemment pour l'état d'agitation s'applique : la recherche systématique d'une pathologie non-psychiatrique est indispensable, quels que soient l'âge et les antécédents du patient.

* Chez la personne âgée, on recherche les mêmes causes que celles évoquées précédemment, avec là encore de manière prioritaire une cause iatrogène, un trouble hydro-électrolytique, une cause neurologique, une infection.

* Chez l'adulte jeune, on recherche de manière prioritaire une cause toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse, métabolique ou endocrinienne.

En l'absence de pathologie non-psychiatrique retrouvée, plusieurs possibilités de diagnostics psychiatriques peuvent être évoquées :

* en présence de symptômes thymiques associés :
  - un épisode maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un virage de l'humeur induit par l'initiation d'un traitement antidépresseur. Les idées délirantes sont dans ce cas le plus souvent à thème mégalomaniaque ou de persécution, mais tous les thèmes peuvent se rencontrer. L'existence d'une accélération (excitation psychomotrice, logorrhée), d'une diminution du besoin de sommeil oriente vers ce diagnostic ;
  - un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques. Les idées délirantes congruentes à l'humeur sont le plus souvent à thème de culpabilité, de ruine, ou d'hypochondrie. L'existence d'un ralentissement psychomoteur oriente vers ce diagnostic.
* en présence d'autres symptômes psychotiques associés :
  - un trouble psychotique bref (bouffée délirante aiguë dans les classifications françaises) : les idées délirantes, hallucinations, la désorganisation du discours et du comportement sont survenues depuis plus d'un jour et moins d'un mois. Ce diagnostic est souvent posé par excès chez des patients présentant des épisodes maniaques ou mixtes avec caractéristiques psychotiques. Les symptômes thymiques doivent donc être évalués très attentivement ;
  - un trouble psychotique chronique débutant ou non diagnostiqué (trouble schizophréniforme si < 6 mois, schizophrénie ou trouble schizo affectif si > 6 mois, trouble délirant si > 1 mois). Le caractère aigu est ici apparent, le patient est vu en urgence, le plus souvent dans le cadre d'une agitation ou d'un passage à l'acte, alors que les symptômes psychotiques évoluent depuis plusieurs mois, voire plusieurs années ;
  - des troubles du post-partum avec caractéristiques psychotiques (cf. Item 67).

2.3. Prise en charge du délire aigu

La prise en charge d'un état délirant aigu rejoint celle d'un état d'agitation aigu, à savoir :

* hospitalisation, avec ou sans consentement ;
* prévention d'un passage à l'acte auto ou hétéro agressif ;
* traitements pharmacologiques : traitement anxio-sédatif par benzodiazépines par voie orale, ou antipsychotiques à visée sédative par voie orale, ou intramusculaire en cas de refus et de mise en danger du patient ou de l'entourage ;
* traitements non pharmacologiques : climat de confiance, calme, alliance thérapeutique, éviter au maximum les mesures de contention, et si elles sont nécessaires, les limiter dans le temps.

	Chez un sujet âgé	Chez un sujet jeune sans antécédent connu	Chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques
Étiologie médicamenteuse	* une iatrogénie médicamenteuse	* une iatrogénie médicamenteuse * effets paradoxaux des benzodiazépines	* un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte suite à l'initiation d'un antidépresseur * un syndrome sérotoninergique chez un patient suite à l'initiation d'antidépresseur * un effet paradoxal des benzodiazépines * des effets secondaires antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie) * un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique
Étiologie toxique	* une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) * intoxication aiguë à des substances psychoactives * un sevrage de substance psychoactive * une intoxication au monoxyde d'azote	* une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) * intoxication aiguë à des substances psychoactives * un sevrage de substance psychoactive * une intoxication au monoxyde d'azote	* une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) * intoxication aiguë à des substances psychoactives * un sevrage de substance psychoactive * une intoxication au monoxyde d'azote
Autres étiologies	* un trouble hydro-électrolytique, * une pathologie endocrinienne ou métabolique * une infection * un globe vésical ou un fécalome * une pathologie cardiovasculaire * une pathologie neurologique ou neurochirurgicale	* une pathologie métabolique ou endocrinienne * une pathologie infectieuse * une pathologie neurologique non infectieuse * une embolie pulmonaire…	* une pathologie non-psychiatrique en priorité

Tableau 1. Étiologies non-psychiatriques à évoquer devant un état d'agitation aigu selon le terrain.



Résumé

Agitation et délire aigu constituent deux syndromes indépendants et peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles. **Une cause non-psychiatrique urgente doit être systématiquement envisagée chez toute personne présentant un état d'agitation ou des idées délirantes d'apparition récente**. L'agitation se définit comme une activité motrice excessive en général improductive et stéréotypée, associée à un état de tension intérieure. L'**interrogatoire du patient ou de son entourage** doit permettre de recueillir deux types d'informations qui orienteront la prise en charge : les circonstances de survenue de l'état d'agitation et les antécédents du patient. L'examen clinique doit rechercher en priorité les signes de gravité, puis les symptômes non-psychiatriques et psychiatriques associés. Chez la **personne âgée**, on recherche de manière prioritaire une iatrogénie médicamenteuse, un trouble hydro-électrolytique, métabolique ou une cause neurologique. Chez l'**adulte jeune**, on recherchera de manière prioritaire une étiologie toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène ou infectieuse. Chez **une personne ayant des antécédents psychiatriques**, une décompensation du trouble psychiatrique sera aussi recherchée. Les idées délirantes se caractérisent par leur thème, leur mécanisme, leur systématisation, l'adhésion et le retentissement comportemental et émotionnel. En cas de symptômes psychotiques d'apparition aiguë, la même démarche étiologique que pour l'agitation aiguë s'applique. En l'absence d'étiologie non psychiatrique, la présence de symptômes thymiques ou psychotiques associée doit être recherchée. La prise en charge thérapeutique en urgence d'une agitation ou d'un délire aigu est celle de la pathologie sous-jacente en cas d'étiologie non-psychiatrique. Elle est symptomatique (sédation et anxiolyse) en cas de trouble psychiatrique. La **prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques**.



Références pour approfondir

Boiteux C., Boillet V. et Picard A., « Urgence psychiatrique ». *EM-Consulte*, 2014.

347

item 347

CRISE D'ANGOISSE AIGUË ET ATTAQUE DE PANIQUE



* Diagnostiquer une crise d'angoisse aiguë et/ou une attaque de panique.
* Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).

CAS CLINIQUES SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/347





Points clefs

- L'attaque de panique (AP) correspond à un **épisode d'anxiété paroxystique** bien délimité dans le temps.
- L'AP peut survenir de manière **isolée** ou dans le cadre d'une **pathologie psychiatrique** (trouble panique notamment).
- L'AP se manifeste par 3 types de symptômes : **physiques** (respiratoires, cardiovasculaires, neurovégétatifs, digestifs, etc.), **psychiques** (cognitions catastrophistes : peur de mourir, de devenir fou), **comportementaux** (de l'agitation à la sidération).
- Les causes **non psychiatriques** et les **intoxications par une substance psychoactive** doivent être éliminées par un **examen physique** rigoureux, complété éventuellement par des examens paracliniques.
- La prise en charge en urgence de l'AP repose sur des mesures **non pharmacologiques** (mise en condition, réassurance, contrôle respiratoire) et **pharmacologiques** (traitement anxiolytique type benzodiazépine par voie orale).

1. Introduction

« Crise d'angoisse aiguë » et « attaque de panique » désignent la même entité diagnostique. Nous utiliserons, dans ce chapitre l'expression « attaque de panique » (AP) employée dans les classifications internationales.

L'AP est un épisode aigu d'anxiété, bien délimité dans le temps. Il s'agit d'une situation fréquente en pratique clinique (ceci dans toutes les spécialités).

Il est important de comprendre que l'AP peut survenir chez un sujet en dehors de toute pathologie psychiatrique sous-jacente et demeurer unique. Elle peut également être secondaire à un trouble psychiatrique, particulièrement (mais non exclusivement) le trouble panique caractérisé par la répétition de ces AP.

2. Contexte épidémiologique

L'AP est fréquente puisqu'on estime qu'une personne sur vingt fera une crise d'angoisse aiguë au cours de sa vie (prévalence vie entière : 3 à 5 %).

Il s'agit d'un tableau clinique fréquemment rencontré dans les services d'urgence, compte tenu des symptômes physiques qui peuvent faire évoquer une urgence non-psychiatrique médicale ou chirurgicale.

Le terrain le plus fréquent est l'adulte jeune avec une prédominance féminine (le sex-ratio est de deux femmes pour un homme).

3. Sémiologie psychiatrique

Parmi les symptômes de l'AP, on distingue : des symptômes **physiques**, des symptômes **psychiques** et des symptômes **comportementaux** (cf. **Tableau 1**, infra p. 86).

La chronologie de l'AP est marquée par :

* un début brutal ;
* une intensité maximale des symptômes atteinte rapidement (quelques minutes voire quelques secondes après le début de l'AP) ;
* des symptômes bien limités dans le temps : l'AP dure en moyenne 20 à 30 minutes ;
* une décroissance progressive des symptômes de l'AP avec soulagement et parfois asthénie post-critique.

3.1. Symptômes physiques

Ces symptômes physiques sont très variables selon les patients. Les plus fréquents sont résumés ci-dessous :

3.1.1. Symptômes respiratoires

Ce sont les plus courants. Il s'agit le plus souvent d'une dyspnée avec sensation d'étouffement et surtout de blocage respiratoire pouvant entraîner une hyperventilation.

3.1.2. Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie et palpitations sont fréquemment rencontrées ainsi que les sensations d'oppression thoracique voire de véritables douleurs.

3.1.3. Symptômes neurovégétatifs

Sueurs, tremblements, pâleur ou au contraire érythème facial, sensations d'étourdissement ou de vertige peuvent survenir au cours des épisodes d'AP.

3.1.4. Symptômes digestifs

Il peut s'agir de douleurs abdominales, de nausées/vomissements ou de diarrhée.

3.1.5. Autres symptômes physiques

Il peut s'agir de symptômes génito-urinaires (pollakiurie, etc.) ou neurologiques (tremblements, impression de paralysie, etc.).

3.2. Symptômes psychiques

Il s'agit d'un ensemble de « **cognitions** (pensées) **catastrophistes** », c'est-à-dire : une peur intense sans objet (sensation de catastrophe imminente) et une sensation de perte de contrôle.

Les pensées associées sont essentiellement centrées sur « la peur de mourir » et « la peur de devenir fou ».

Peuvent s'associer également :

* des symptômes de dépersonnalisation : sentiment d'étrangeté et de n'être plus soi-même, sentiment d'être détaché de sa propre identité physique (désincarnation) ou psychique (désanimation) ;
* des symptômes de déréalisation : sentiment que le monde est irréel, étrange.

3.3. Symptômes comportementaux

Le comportement du patient lors de la survenue de cette AP est variable. On retrouve, le plus souvent une agitation psychomotrice. Cependant, on peut, au contraire, observer une inhibition, pouvant aller jusqu'à la sidération. Même si elle reste exceptionnelle, la principale complication est le passage à l'acte auto-agressif.

Symptômes physiques	Respiratoires Cardiovasculaires Neurovégétatifs Digestifs
Symptômes psychiques	Cognitions catastrophistes (« peur de mourir », « peur de devenir fou »)
Symptômes comportementaux	Agitation psychomotrice Sidération

Tableau 1. Sémiologie de l'attaque de panique.

4. L'attaque de panique

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic de l'AP est un diagnostic **clinique**. L'interrogatoire de l'entourage peut être très informatif.



Classifications internationales

Critères de l'attaque de panique dans le DSM-5

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
- Transpiration.
- Tremblements ou secousses musculaires.
- Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
- Sensation d'étranglement.
- Douleur ou gêne thoracique.
- Nausée ou gêne abdominale.
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
- Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
- Peur de perdre le contrôle ou de devenir fou.
- Peur de mourir.
- Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
- Frissons ou bouffées de chaleur.

Le DSM-5 propose également de différencier deux types d'AP : « attendues » et « non attendues ». Les AP « inattendues » correspondent aux AP « non prévisibles » survenant sans facteur déclenchant et seraient donc plus spécifiques du trouble panique. Les AP « attendues » seraient quant à elles les AP plus prévisibles et réactionnelles (par exemple : exposition brutale au stimulus phobogène dans la phobie spécifique).

L'AP apparaît également dans le DSM-5 comme spécificateur pour toutes les pathologies de la classification, puisqu'elle peut compliquer bon nombre d'entre elles.

4.2. Diagnostics différentiels

Il s'agit essentiellement des pathologies **non psychiatriques** et des **intoxications par des substances psychoactives** qu'il faut impérativement éliminer avant de poser le diagnostic d'AP.

4.2.1. Pathologies non-psychiatriques

Compte tenu des symptômes physiques au premier plan dans l'AP, il faut éliminer une étiologie médicale non-psychiatrique. Les principales pathologies à éliminer sont :

* des pathologies **cardiovasculaires** : syndrome coronarien aigu, poussée d'insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, troubles du rythme, etc. ;
* des pathologies de l'**appareil respiratoire** : asthme, embolie pulmonaire, etc. ;
* des pathologies **neurologiques** : épilepsie (notamment les crises partielles temporales), crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc. ;
* des pathologies **endocriniennes** : hypoglycémie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

Ces pathologies doivent être recherchées au moyen d'un examen **clinique complet**, appareil par appareil, complété si besoin par des examens paracliniques orientés par l'examen physique. Cet examen clinique doit s'efforcer de ne pas renforcer le patient dans sa conviction d'avoir une pathologie médicale non psychiatrique.

4.2.2. Intoxications par une substance psychoactive

Les **intoxications aiguës** par une substance psychoactive (alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, etc.) doivent être recherchées. Il s'agit ici plus d'un élément déclencheur particulier de l'AP que d'un véritable diagnostic différentiel, certaines substances pouvant générer de véritables AP.

Les causes **iatrogènes** doivent également être évoquées, certains traitements pouvant favoriser les AP en cas de surdosage (corticoïdes, hormones thyroïdiennes, etc.).

Un contexte de **sevrage** sera aussi recherché (alcool, benzodiazépines, etc.).

4.3. Notions de physiopathologie

La physiopathologie de l'AP reste mal connue. Certaines manifestations physiques pourraient être liées à l'hypocapnie secondaire à l'hyperventilation (sensations vertigineuses, paresthésies, etc.).

Différents facteurs sont impliqués dans l'AP : des facteurs biologiques avec dysfonctionnement dans la régulation de certains neurotransmetteurs (certaines substances comme la cholécystokinine ou le lactate de sodium sont capables de provoquer de véritables AP), des facteurs psychologiques (auto-renforcement des cognitions catastrophistes par la survenue des symptômes physiques) et environnementaux (inquiétude de l'entourage renforçant les cognitions catastrophistes).

5. Le pronostic et l'évolution

5.1. Attaque de panique isolée

Un épisode d'AP peut demeurer unique. Il s'agit alors le plus souvent d'une AP réactionnelle à une situation de stress.

5.2. Attaque de panique dans le cadre d'une pathologie psychiatrique

L'attaque de panique peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.

5.2.1. Le trouble panique

Il se définit par :

* la **répétition** des AP qui surviennent, au moins en début d'évolution du trouble de manière imprévisible et sans facteur déclenchant (cf. Item 64c) ;
* le développement d'une **anxiété anticipatoire**.

5.2.2. Autres pathologies psychiatriques

L'AP peut également survenir dans le cadre d'autres pathologies psychiatriques :

Confrontation à une situation phobogène (phobie simple, phobie sociale) ou évocatrice d'un traumatisme (trouble stress post-traumatique).

À l'acmé de ruminations anxieuses ou dépressives (trouble anxiété généralisée, épisode dépressif caractérisé). Voir **Figure 1** ci-contre.

6. La prise en charge psychiatrique

6.1. Prise en charge en urgence

Devant une AP, un certain nombre de mesures (pharmacologiques et non pharmacologiques) s'imposent. Outre ces mesures et dans le contexte de l'urgence, il faut aussi impérativement éliminer une urgence **non psychiatrique** ou une **intoxication par une substance psychoactive**. Pour la prise en charge : cf. **Figure 2**.

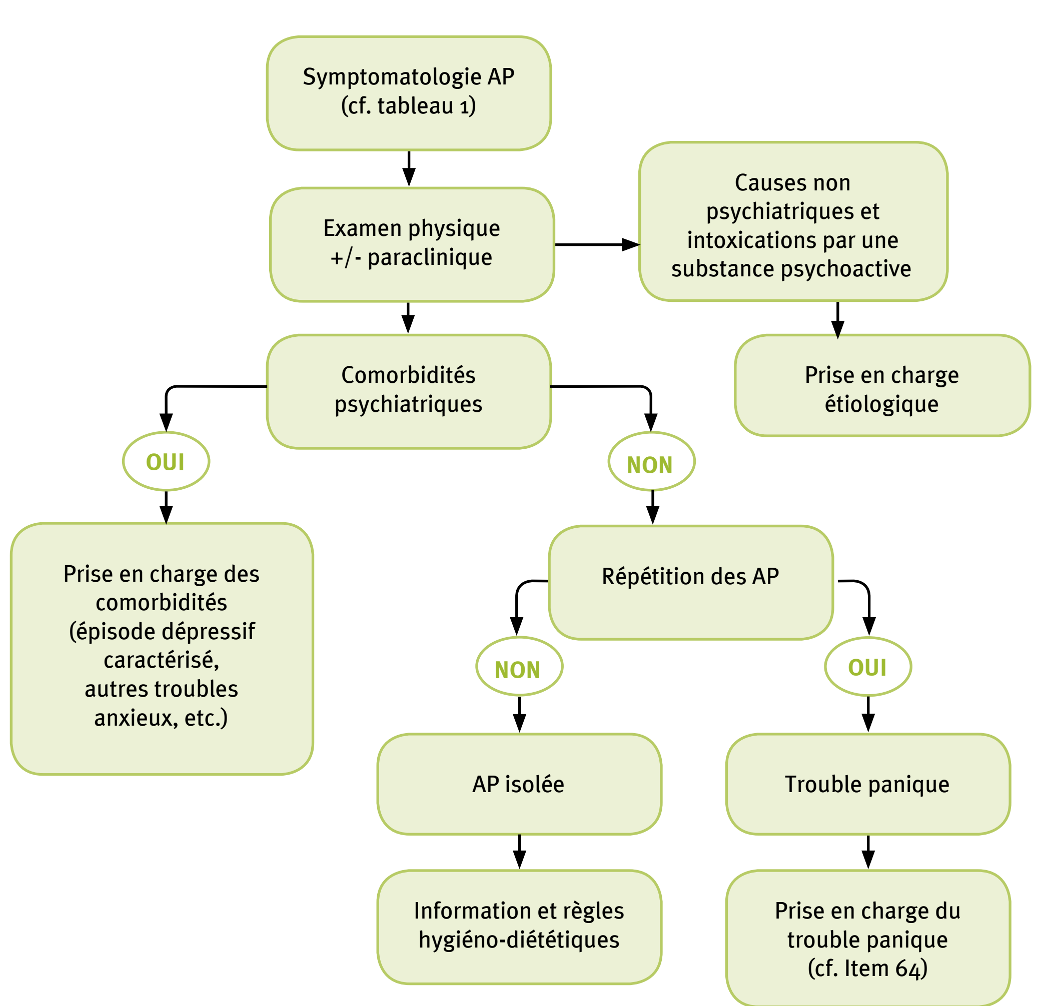


Figure 1. Orientation devant une AP.

6.1.1. Traitement non pharmacologique

Les mesures de prise en charge non pharmacologiques sont primordiales :

* **Mise en condition** : installation au calme (suppression des éléments anxiogènes, isolement), attitude empathique.
* **Réassurance** du patient : informer sur l'absence de danger de mort, sur le caractère spontanément résolutif de l'AP. Il s'agit ici de reconnaître la souffrance subjective du patient. Les symptômes sont réels et particulièrement désagréables, mais pas graves dans le sens d'un danger de mort.
* Mesures de **contrôle respiratoire** : permettent de refocaliser l'attention du patient et de limiter l'hyperventilation.

6.1.2. Traitement pharmacologique

Un traitement pharmacologique **anxiolytique** doit aussi être utilisé, notamment si l'AP se prolonge.

Le traitement de référence est la prescription d'une **benzodiazépine** par **voie orale** (cf. Item 72).

Exemples :

* Alprazolam (Xanax®) 0,25 à 0,5 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
* Lorazepam (Temesta®) 1 à 2 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
* Diazépam (Valium®) 5 à 10 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.

La voie parentérale ne présente aucun avantage en termes de pharmacocinétique et peut, au contraire renforcer les cognitions catastrophistes du patient : la voie per os doit donc être privilégiée.

Il s'agit d'un traitement ponctuel pour l'AP dans le contexte de l'urgence. Celui-ci ne doit pas être reconduit au long cours.

L'efficacité et la tolérance du traitement doivent être évaluées et surveillées.

6.1.3. Hospitalisation en psychiatrie

En règle générale, il n'y a pas d'indication à une prise en charge en hospitalisation pour une AP isolée.

Cependant, l'évaluation clinique rigoureuse doit permettre de repérer les comorbidités psychiatriques. Une hospitalisation pourra être envisagée en cas de comorbidités lourdes (épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère par exemple), en particulier s'il existe un **risque suicidaire important**.

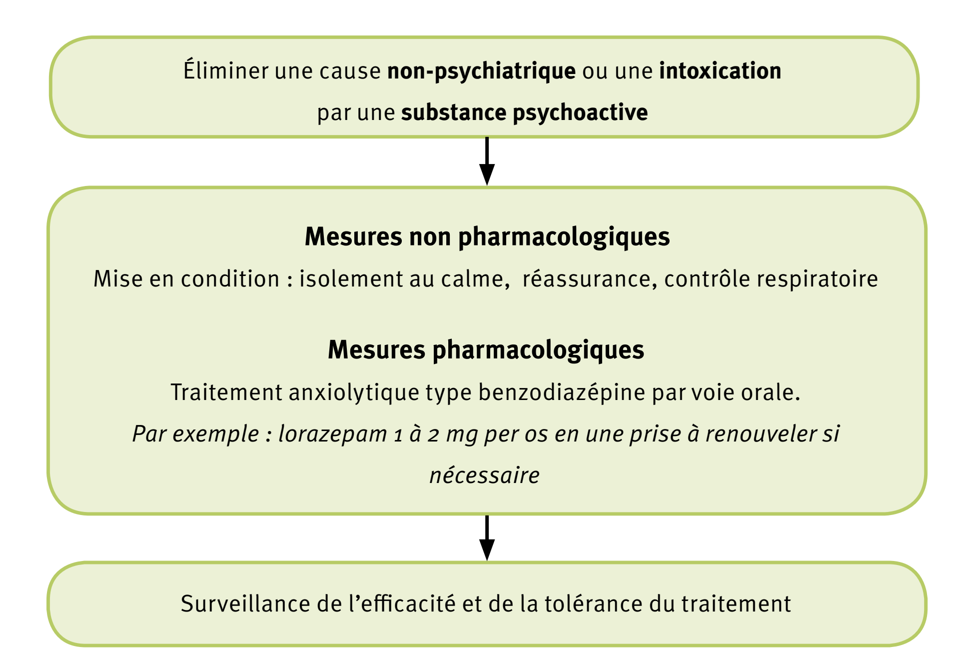


Figure 2. **Prise en charge en urgence d'une AP.**

6.2. Prise en charge à distance

La prise en charge à distance de l'épisode aigu dépend du contexte dans lequel s'inscrit l'AP.

6.2.1. Attaque de panique isolée

L'information et l'éducation thérapeutique sont fondamentales avec deux objectifs :

Apprendre au patient à reconnaître une AP en cas de récidive.

Prévenir une éventuelle récidive grâce à des règles hygiéno-diététiques simples (diminution des consommations de psychostimulants, règles hygiéno-diététiques de sommeil, etc.).

6.2.2. Attaque de panique dans le cadre d'une pathologie psychiatrique

L'AP peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie psychiatrique. Dans ce cas, la prise en charge de la pathologie psychiatrique sous-jacente est indispensable.

En cas de répétition des AP, une prise en charge spécifique du trouble panique doit être mise en place (cf. Item 64c).



L'attaque de panique (AP) est un épisode d'**anxiété paroxystique** bien délimité dans le temps qui peut survenir soit de manière isolée, soit dans le cadre d'une pathologie psychiatrique (en particulier le trouble panique). Il s'agit d'un tableau clinique fréquent caractérisé par 3 types de symptômes : **physiques** (respiratoires, cardiovasculaires, neurovégétatifs, digestifs, etc.), **psychiques** (cognitions catastrophistes : peur de mourir, de devenir fou), **comportementaux** (de l'agitation à la sidération). Les causes **non psychiatriques** et les **intoxications par une substance psychoactive** doivent impérativement être éliminées par un **examen physique rigoureux**, complété éventuellement par des examens paracliniques. La prise en charge en urgence de l'AP repose sur des **mesures non pharmacologiques** (mise en condition, réassurance, contrôle respiratoire) et **pharmacologiques** (traitement anxiolytique type benzodiazépine par voie orale).



Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Pelissolo A., « Troubles anxieux et névrotiques », *EMC – Traité de Médecine Akos*, 2012, 7-0150.

348

item 348

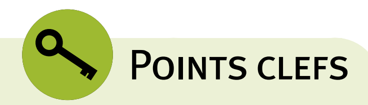
Risque et conduites suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : Identification et prise en charge



* Détecter les situations à risque suicidaire chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte.
* Argumenter les principes de la prévention et de la prise en charge.

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/348





- Environ 10 000 suicides par an en France.
- L'évaluation du risque suicidaire repose sur la triade risque/urgence/dangerosité.
- Il est important de prendre en charge les troubles psychiatriques quasi constamment associés.
- Une hospitalisation est indiquée en cas d'urgence élevée et doit être discutée dans les autres situations.
- Une réévaluation rapide est prévue en cas de prise en charge ambulatoire.
- L'évaluation du risque suicidaire (et donc interroger sur la présence d'idées de suicide) est un réflexe en psychiatrie.

1. Introduction

1.1. Définitions

Les conduites suicidaires comprennent les suicides et les tentatives de suicide.

Le **suicide** est un acte auto-infligé avec intention de mourir (évidence implicite ou explicite) dont résulte la mort.

Le **suicidé** est l'individu qui s'est donné la mort volontairement.



Quand une personne décède par suicide, on parle de suicide « abouti » et pas de suicide « réussi ».

La **tentative de suicide (TS)** est un comportement auto-infligé avec intention de mourir (évidence implicite ou explicite) sans issue fatale. Les comportements les plus fréquents sont l'intoxication médicamenteuse volontaire, la phlébotomie, le saut de hauteur, la pendaison et l'intoxication au gaz. La TS est à différencier des conduites d'auto-mutilation, des prises de risque, d'une mauvaise observance à un traitement ou d'un refus de soins en cas de maladie grave du fait de l'absence d'intention de mourir.

On distingue 3 niveaux de passage à l'acte : TS avérée (passage à l'acte réel, effectué), TS interrompue (passage à l'acte stoppé par un tiers) et TS avortée (passage à l'acte stoppé par l'individu lui-même). Certaines spécificités permettent de caractériser un geste suicidaire telles que la violence du geste (fonction de la méthode), sa gravité (fonction des conséquences médicales), le degré d'intentionnalité et de planification.

Le **suicidant** est l'individu survivant à sa tentative de suicide.

Les **idées suicidaires** correspondent aux pensées concernant le désir et la méthode de se donner la mort. Elles constituent un continuum allant des idées morbides vagues et floues jusqu'à une planification élevée avec un scénario établi. Quand ces idées sont exprimées en suggérant que le passage à l'acte est imminent, on parle de menaces suicidaires.

Le **suicidaire** est l'individu ayant et/ou exprimant verbalement ou non verbalement des idées suicidaires.



Classifications internationales

Le DSM-5 introduit le « trouble conduite suicidaire » dans les catégories à l'étude, visant notamment à favoriser l'émergence d'études cliniques testant des stratégies thérapeutiques anti-suicide spécifiques. Ce trouble est défini par la survenue d'une tentative de suicide dans les deux ans, période où il est observé un taux élevé de récidive. Les critères opérationnels de ce trouble, qui restent à être affinés et validés, permettent de définir des diagnostics différentiels de la tentative de suicide : auto-mutilations non suicidaires (définies comme des blessures auto-infligées de manière superficielles pour induire le soulagement d'un état négatif ou l'apparition d'une humeur positive), idées de suicide et actes préparatoires.

La Federal Drug Administration (FDA) recommande l'utilisation d'un algorithme de classification des phénomènes suicidaires et non suicidaires dans les essais thérapeutiques et les études épidémiologiques, le C-CASA. Cet algorithme distingue: suicides, tentatives de suicide (avérées, interrompues, avortées), actes préparatoires, comportements auto-mutilatoires d'intention inconnue, auto-mutilations sans intention suicidaire, idées suicidaires, manque d'information pour un comportement non létal ou létal.

1.2. La crise suicidaire

La **crise suicidaire** est une crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec émergence et expression d'idées suicidaires, dont le risque majeur est le suicide.

Il s'agit d'un état réversible et temporaire, à un moment donné (avec un début et une fin), dans la vie d'un individu, où ses ressources adaptatives sont épuisées. L'individu, dont les mécanismes d'ajustement (cf. Item 01) sont dépassés, se sent dans une impasse. Les idées suicidaires s'intensifient et se précisent, parallèlement à l'échec des différentes **alternatives** envisagées. Le suicide va progressivement apparaître à l'individu comme l'unique solution permettant de sortir de l'état de crise dans lequel il se trouve.

La figure suivante illustre ce concept :

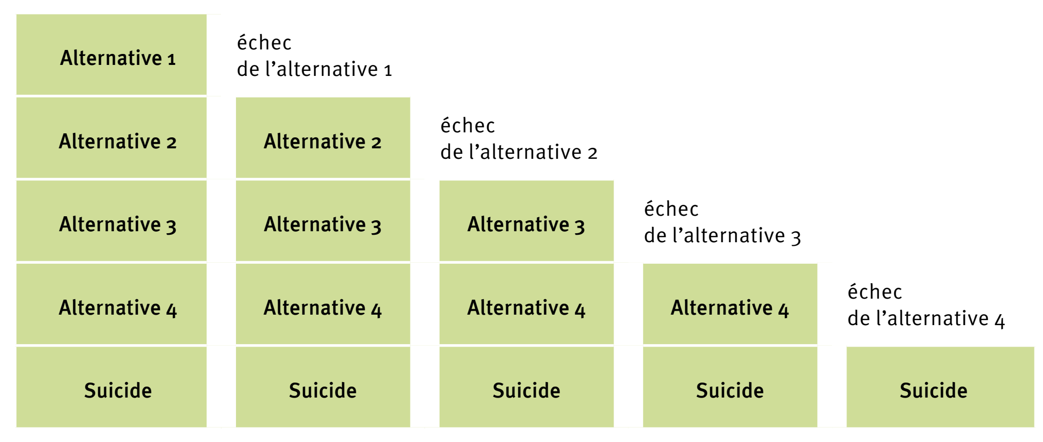


Figure 1. Présentation schématique de la crise suicidaire : les idées de suicide se font de plus en plus présentes au fur et à mesure de l'évolution de la crise suicidaire.

Cliniquement, la crise suicidaire peut se manifester initialement par :

* des symptômes non spécifiques du registre dépressif ou anxieux ;
* une consommation de substances (alcool, substances illicites, tabac) ;
* des prises de risque inconsidérées ;
* un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique ;
* un isolement.

Puis cette crise peut se manifester par certaines idées et comportements préoccupants :

* un sentiment de désespoir ;
* une souffrance psychique intense ;
* une réduction du sens des valeurs ;
* un cynisme ;
* un goût pour le morbide ;
* une recherche soudaine de moyens létaux (par exemple : armes à feu).

Au cours de l'évolution, une accalmie peut faire craindre un syndrome présuicidaire de Ringel (détaillé plus bas). Les comportements de départ (rédaction de lettres, dispositions testamentaires, dons, etc.) sont des signes devant faire évoquer un risque de passage à l'acte suicidaire imminent.

1.3. Épidémiologie



Neurosciences et recherche

L'épidémiologie des conduites suicidaires repose sur l'analyse de différentes données :

* Les données sur le suicide sont obtenues à partir des certificats de décès, cependant le suicide n'y est pas toujours reconnu comme tel (incertitude sur l'intentionnalité de l'acte) et le phénomène est souvent sous estimé.
* L'autopsie psychologique correspond à la recherche post-mortem de l'état psychologique du patient décédé. Elle permet de documenter l'existence de troubles psychiatriques et le type de soins dont avait bénéficié le patient.
* Les données sur les tentatives de suicide sont obtenues à partir du recueil des causes d'hospitalisation, d'enquêtes et via le réseau sentinelle.

1.3.1. Concernant les idéations suicidaires

Selon les données du Baromètre santé 2010, 3,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.

1.3.2. Concernant les tentatives de suicide (TS)

On estime entre **150 000 et 200 000** le nombre de tentatives de suicide donnant lieu à un contact avec le système de soins en France. On dénombre ainsi, en moyenne, une tentative de suicide toutes les 4 minutes en France.

En 2010, 5,5 % des 15-85 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6 % des femmes et 3,2 % des hommes) et 0,5 % au cours des 12 derniers mois (0,7 % des femmes et 0,3 % des hommes).

Les deux principaux modes opératoires utilisés dans les tentatives de suicide sont l'intoxication médicamenteuse volontaire et la phlébotomie.

Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (sex-ratio F/H d'environ 4) et chez les sujets jeunes.

On estime à 40 % la fréquence de récidive après une tentative de suicide, dont la moitié survenant dans l'année. La mortalité par suicide dans l'année qui suit une tentative de suicide est de 1 % (soit 50 fois plus élevée que dans la population générale). Le taux de décès par suicide au cours de la vie chez les sujets ayant tenté de se suicider est de plus de 10 %.

1.3.3. Concernant les suicides

En France, le suicide reste une des premières causes de mort évitable : sa fréquence est de 16,4 suicides pour 100 000 habitants (25,3 chez les hommes et 8,0 chez les femmes). En 2011, on dénombrait 10 314 décès par suicide, soit, en moyenne, un suicide toutes les 40 minutes. **Le suicide est la 2e cause de mortalité chez les 15-24 ans et la 1re cause de mortalité chez les 25-34 ans.**

Il y a une surmortalité masculine nette (sex-ratio H/F d'environ 3).

Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge mais différemment selon les sexes ; il est maximal chez les hommes de 85 ans ou plus. Le nombre absolu de suicides est le plus élevé entre 35 et 54 ans.

Les moyens suicidaires utilisés les plus fréquemment sont dans l'ordre : la pendaison et les armes à feu (en particulier chez les hommes) et l'intoxication médicamenteuse volontaire (en particulier chez les femmes).

Les études d'autopsie psychologique montrent que près de 90 % des suicidés présentaient au moins un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte suicidaire.



Les facteurs de risque de conduite suicidaire sont détaillés dans la partie « évaluer le risque suicidaire ».

2. Repérer la crise suicidaire en fonction du terrain et de l'âge

Le repérage de la crise suicidaire s'articule autour de trois axes :

* **l'expression** d'idées suicidaires ;
* les manifestations d'une situation de **crise psychique** ;
* le contexte de **vulnérabilité**.

2.1. La crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent

2.1.1. La crise suicidaire chez l'enfant

Les enfants peuvent exprimer des idées et des intentions suicidaires dès l'âge de 5-6 ans. Les tentatives de suicide existent chez l'enfant même si elles sont bien moins fréquentes que chez l'adolescent. Les enfants réalisent des tentatives de suicide principalement par pendaison/strangulation et défenestration. Tout enfant qui exprime des idées suicidaires ne présente pas nécessairement une crise suicidaire (par exemple : menace suicidaire sous l'emprise de la colère dans un contexte d'intolérance à la frustration) mais tout propos suicidaire nécessite une évaluation attentive de l'enfant.

Certains éléments peuvent témoigner d'une crise psychique comme des plaintes physiques non liées à une pathologie non-psychiatrique, un repli, un isolement, une encoprésie ou une énurésie secondaires, des blessures à répétition, des préoccupations exagérées pour la mort, une tendance à être le souffre-douleur des autres.

Les principaux facteurs de vulnérabilité sont : un isolement affectif, une impulsivité, des bouleversements familiaux, l'entrée au collège, un contexte de harcèlement, de maltraitance, de négligence grave.

2.1.2. La crise suicidaire chez l'adolescent

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires ne doit jamais être banalisée et constitue un motif d'intervention et de prévention. Les adolescents réalisent des tentatives de suicide majoritairement par intoxication médicamenteuse volontaire.

Certains éléments peuvent témoigner d'une crise psychique comme une baisse des résultats scolaires, une attirance pour la marginalité, des conduites excessives ou déviantes, des conduites ordaliques (le sujet remet sa survie dans les mains du « hasard »), des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées (notamment au niveau sexuel), une violence sur soi et sur autrui, des fugues.

Les principaux facteurs de vulnérabilité sont : les conflits d'autorité, l'isolement affectif, les échecs (notamment scolaires), la déscolarisation, les ruptures sentimentales, la maladie chronique ou le handicap.

2.2. La crise suicidaire chez l'adulte et la personne âgée

2.2.1. La crise suicidaire chez l'adulte

Les idées suicidaires peuvent être peu exprimées en dehors de la relation avec le médecin ou au contraire être très manifestes dans la famille.

Les manifestations pouvant témoigner d'une crise psychique sont : l'ennui, le sentiment de perte de rôle, d'échec, d'injustice, d'être en décalage, la perte d'investissement au travail, les difficultés relationnelles, les difficultés conjugales, l'incapacité à supporter une hiérarchie, les arrêts de travail à répétition ou au contraire le surinvestissement au travail, des consultations répétées chez le médecin pour des symptômes aspécifiques (douleurs, sensation de fatigue, etc.).

Les conditions suivantes constituent des facteurs de vulnérabilité : situations conjugales, sociales et professionnelles précaires, une ambiance délétère au travail voire un harcèlement professionnel, un trouble addictif, les affections médicales générales handicapantes, chroniques, douloureuses ou graves, des situations de violence, une blessure narcissique, l'immigration.

2.2.2. La crise suicidaire chez la personne âgée

Les personnes âgées expriment rarement des idées suicidaires ou ont plus rarement que d'autres l'occasion de les exprimer, et lorsqu'elles le sont, elles ne doivent pas être banalisées.

Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter : un repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin.

Les éléments suivants sont des facteurs de vulnérabilité : un épisode dépressif caractérisé (quasiment constant) et les autres troubles psychiatriques (notamment trouble de l'usage de l'alcool et troubles de la personnalité), une affection médicale générale à l'origine de handicaps et de douleurs, l'isolement social, des conflits, une maltraitance, un changement d'environnement, le veuvage.

Les conduites suicidaires de la personne âgée présentent des particularités cliniques : une intentionnalité suicidaire élevée, un faible niveau d'impulsivité et d'agressivité, peu d'antécédents personnels de conduite suicidaire.

2.3. La crise suicidaire chez un patient atteint d'une pathologie psychiatrique

Les patients peuvent facilement exprimer des idées suicidaires ou, plus rarement, les dissimuler.

Le trouble psychiatrique est en soi un facteur de vulnérabilité. La crise suicidaire est faite de moments à haut risque avec des moments d'accalmie. Certains signes peuvent marquer une augmentation du risque suicidaire :

* un isolement avec une décision de rompre les contacts habituels (par exemple la visite de l'infirmier de secteur) ;
* une réduction ou un abandon des activités habituelles ;
* une exacerbation des symptômes psychopathologiques.

3. Évaluer la crise suicidaire

Il faut être attentif aux manifestations de la crise suicidaire (assez aspécifiques lorsque considérées isolément) et aux facteurs de vulnérabilité puisque leur association conditionne le risque de passage à l'acte suicidaire. Une conduite suicidaire n'est jamais la conséquence d'un seul facteur causal. Il ne faut jamais hésiter à questionner le patient sur l'existence d'idées de suicide. Interroger sur les idées de suicide ne les fait pas émerger et permet de favoriser leur expression et de mettre en place des mesures de prévention du risque suicidaire.



L'évaluation du risque suicidaire est un réflexe à avoir systématiquement en psychiatrie. Il faut être systématique et le plan à adopter est en trois parties : Risque-Urgence-Dangerosité.

3.1. Évaluation du risque : les facteurs de risque et protecteurs

Les éléments suivants et leur intrication permettent l'**évaluation du risque suicidaire** :

* Facteurs personnels :
  - **antécédents personnels de TS** ;
  - diagnostic de **trouble psychiatrique** (troubles de l'humeur, troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, schizophrénie, trouble lié à l'usage de substances, troubles anxieux, etc.) ;
  - **traits de personnalité : faible estime de soi**, impulsivité-agressivité, rigidité de la pensée, colère, propension au désespoir ;
  - **expression d'idées suicidaires** ;
  - **santé générale** : pathologie affectant la qualité de vie.
* Facteurs familiaux :
  - **antécédents familiaux de TS et de suicide**.
* Événements de vie et facteurs psychosociaux :
  - **ATCD de maltraitance dans l'enfance** (violences, abus physique, émotionnel ou sexuel) ; et pertes d'un parent pendant l'enfance ;
  - **élément déclencheur** : élément récent entraînant un état de crise chez un sujet ;
  - **situation socio-économique** : difficultés économiques ou professionnelles ;
  - **isolement social** (réseau social inexistant ou pauvre, problèmes d'intégration), **séparation ou perte récente, difficultés avec la loi** (infractions, délits), **échecs** ou événements humiliants ;
  - **difficultés dans le développement** : difficultés scolaires, placement durant l'enfance/adolescence en foyer d'accueil ou en détention, perte parentale précoce ;
  - « **imitation** » suite à un suicide : la personne est affectée par le suicide récent d'un proche.

Les **facteurs de protection** sont aussi à envisager comme autant d'éléments préservant du passage à l'acte. On peut citer :

* du point de vue **individuel**, la **résilience** peut se définir comme la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse ;
* du point de vue **psychosocial**, le **soutien socio-familial perçu et** le fait d'avoir des enfants sont des facteurs protecteurs ;
* croyance religieuse.

3.2. Évaluation de l'urgence : projet suicidaire

L'urgence s'évalue par l'existence d'un scénario suicidaire et le délai de mise en œuvre de ce projet.

Un **degré d'urgence élevé** est évoqué si :

* le sujet envisage un scénario suicidaire et a pris des dispositions en vue d'un passage à l'acte (préméditation, lettre, dispositions testamentaires, anticipation de la découverte du corps) ;
* le sujet n'envisage pas d'alternative au suicide (idées envahissantes, ruminations anxieuses, refus des soins) ;
* l'intention a pu être communiquée à des tiers soit directement soit indirectement.

3.3. Évaluation de la dangerosité : moyens à disposition

La **dangerosité s'évalue selon la létalité potentielle** et **l'accessibilité** du moyen considéré.



La conférence de consensus organise l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité en une seule étape. Nous avons choisi de les séparer en deux paragraphes. Afin d'être exhaustif, tous les éléments décrits dans la conférence de consensus pour l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité ont été repris, même si certains d'entre eux avaient déjà été décrits dans les facteurs de risque.

Le tableau suivant, issu de la conférence de consensus, reprend les différents éléments de l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité afin d'établir le degré d'urgence :

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Bonne alliance thérapeutique	Est isolé	Est très isolé
Désire parler et est à la recherche de communication	A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	Complètement ralenti par la dépression ou au contraire dans un état d'agitation ; la souffrance et la douleur sont omniprésentes ou complètement tues
Cherche des solutions à ses problèmes	Ne voit pas d'autre recours que le suicide	A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
Pense au suicide sans scénario suicidaire précis	Envisage un scénario dont l'exécution est reportée	A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
Envisage encore d'autres moyens pour surmonter la crise	Envisage le suicide avec une intention claire	Décidé, avec un passage à l'acte planifié et prévu dans les jours qui viennent
N'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	Présente un équilibre émotionnel fragile	Coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou au contraire, très émotif, agité ou anxieux



Attention

Certains outils psychométriques peuvent également être utilisés pour évaluer le risque suicidaire. Ils sont peu utilisés en pratique. On peut citer par exemple l'échelle de désespoir de Beck. Plus directement échelle de Columbia ou Idées suicidaires de Beck.

Attention, malgré ces techniques d'évaluation clinique du risque suicidaire, le passage à l'acte reste un geste difficilement prévisible.

Attention, il faut être attentif à l'éventualité d'un syndrome présuicidaire de Ringel caractérisé par un calme apparent, une attitude de retrait, une diminution de la réactivité émotionnelle, de la réactivité affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels. Ces signes témoignent d'une fuite vers les fantasmes suicidaires qui occupent toute la vie imaginaire et doivent faire craindre un passage à l'acte suicidaire imminent.

4. Principes de prévention

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Application à la suicidologie	Elle concerne les sujets qui ne sont pas en crise suicidaire mais qui présentent des facteurs de risque. La suppression des facteurs de risque et des facteurs de décompensation auprès des populations à risque a prouvé son efficacité. Il s'agit par exemple du traitement d'un épisode dépressif caractérisé. Il s'agit aussi de prévenir le passage à l'acte suicidaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie et donc à haut risque.	Dépistage précoce de la crise suicidaire pour arrêter le processus suicidaire avant un passage à l'acte. Ce dépistage est réalisé par le médecin traitant mais aussi le spécialiste et comprend l'évaluation précédemment décrite auprès du patient et de son entourage (risque, urgence, dangerosité). Il est important de limiter l'accès au moyen de suicide. Lorsqu'un risque de passage à l'acte suicidaire est détecté, une hospitalisation, éventuellement en SDT, doit être proposée.	La prise en charge des suicidants est détaillée plus bas.
	Les réseaux d'accueil et d'écoute sont un moyen privilégié de prévention et peuvent intervenir à tout niveau. La médecine scolaire et la médecine du travail sont également des acteurs importants de la prévention du risque suicidaire.		

5. Principes de prise en charge

5.1. Abord du patient

L'entretien doit se faire dans un endroit calme, en toute confidentialité et en face-à-face. Il a pour premier but de travailler l'alliance thérapeutique. Il ne faut pas hésiter à laisser le patient exprimer ses émotions.

Les idées suicidaires doivent être abordées par exemple avec des questions comme « avez-vous des idées de suicide ? » ou « avez-vous envie de vous donner la mort/de vous faire du mal ? ».

Une souffrance tolérable doit être écoutée, si celle-ci est intolérable (agitation, perplexité anxieuse), il faut la soulager par des médicaments appropriés (traitement sédatif).

Il ne faut pas banaliser les conduites suicidaires qui constituent une **urgence psychiatrique**.

À l'inverse, il **ne faut pas dramatiser** la situation et les patients doivent se sentir libre d'exprimer leur vécu et leurs idées.

L'examen médical du patient est indispensable et permet d'apaiser le patient et d'entrer en relation.

On peut **repérer des soutiens possibles dans l'entourage**, déjà au courant ou non et proposer au patient de les appeler et de les informer pour qu'ils puissent le soutenir. Il est important d'avoir un contact avec la famille/l'entourage pour expliquer la situation tout en respectant le secret médical, que la prise en charge soit ambulatoire ou en cas d'hospitalisation (SDT).

La participation du patient aux soins doit être évaluée.

5.2. Conduite à tenir en urgence

Les urgences accueillent fréquemment des sujets en situation de crise suicidaire, ou dans les suites d'une tentative de suicide.

L'accueil doit se faire au calme dans un box en essayant de garder autour du patient les mêmes interlocuteurs (soignants) et doit contribuer à sécuriser le patient.

L'urgentiste doit décider d'une hospitalisation :

* pour stabiliser un patient au pronostic engagé du fait de sa tentative de suicide ;
* devant un risque suicidaire imminent ;
* devant une situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie ;
* devant une perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique.

Un avis psychiatrique doit être sollicité pour tout patient suicidaire ou suicidant après **stabilisation de l'état clinique du patient**. Une hospitalisation brève en unité de crise peut être recommandée.

Le but de l'entretien psychiatrique est d'évaluer la crise suicidaire (risque/urgence/dangerosité), d'évaluer la psychopathologie et d'orienter la prise en charge.

Un **traitement médicamenteux** sera parfois à prescrire en urgence comme des sédatifs ou des anxiolytiques en cas d'agitation ou d'anxiété importante. Un hypnotique en cas d'insomnie sévère transitoire. Leur prescription symptomatique devra être bornée dans le temps.

L'**hospitalisation** s'impose en cas de niveau d'**urgence élevée**.

Dans les autres situations, elle sera à adapter à la situation du patient par exemple en cas de pathologie psychiatrique sous-jacente, d'isolement social, d'entourage potentiellement délétère, de refus d'aide médicale (refus d'un entretien de réévaluation). L'hospitalisation peut être réalisée sous le mode de l'hospitalisation libre ou de soins à la demande d'un tiers.

L'hospitalisation a plusieurs objectifs :

* protéger la personne en **limitant le risque de passage à l'acte suicidaire** ;
* **traiter la psychopathologie** associée ; **traitement du trouble psychiatrique associé** ;
* **faciliter la résolution de la crise** (alternatives) en mettant en place une psychothérapie de soutien (relation de confiance, verbalisation de la souffrance, travail de l'alliance thérapeutique, etc.).
* organiser **le suivi ambulatoire ultérieur**.

L'hospitalisation n'empêche pas complètement un patient de se suicider et de nombreux suicides (5 %) ont lieu dans les établissements de soins. Il faut prendre certaines précautions visant à limiter l'accès à des moyens létaux (inventaire des affaires et retrait des objets dangereux, blocage des fenêtres, suppression des points d'appui résistant au poids du corps) et à assurer une **surveillance rapprochée** (chambre près de l'infirmerie).

Il faut bien expliquer, que ce soit en hospitalisation libre ou à la demande d'un tiers, les raisons de l'hospitalisation et les conditions d'accueil (lieu, durée d'hospitalisation, fonctionnement de l'équipe).



Que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire, le suivi psychologique permet d'aider le patient à mettre en place des alternatives possibles au projet de suicide. L'entretien doit s'attacher à valoriser les éléments positifs de la vie du patient, de sa personnalité.

De la même manière, il faudra prendre en charge tout trouble psychiatrique comme, par exemple, un épisode dépressif caractérisé.

Attention, de manière générale, la mise en place d'un traitement antidépresseur ne nécessite pas une co-prescription systématique de benzodiazépine (concept de « levée d'inhibition » débattu).

Une action antisuicide spécifique est reconnue pour le lithium dans les troubles de l'humeur (unipolaire et bipolaire) et pour la clozapine dans la schizophrénie.

5.3. Suivi ambulatoire et organisation de la post-crise

En cas de prise en charge ambulatoire :

* un rendez-vous au bout de quelques jours (idéalement dans les 48 h) doit permettre de **réévaluer la situation** ;
* **l'entourage doit être proche et disponible**. Clairement il faut identifier les ressources accessibles dans l'entourage et s'assurer qu'elles sont suffisantes pour soutenir le patient.

La **continuité des soins** doit être envisagée et organisée dès le début de la prise en charge de crise. Les modalités proposées seront adaptées au stade évolutif de la crise, au moment de la prise en charge, au contexte dans lequel elle s'inscrit et aux professionnels ou intervenants sollicités. 105

La prise en charge doit tenir compte du contexte familial. Des entretiens familiaux peuvent être proposés.

En présence d'un cumul de plusieurs facteurs de risque, il faut orienter le patient vers un suivi psychiatrique en hospitalisation ou en ambulatoire.

Une **psychothérapie** peut être indiquée pour traiter les facteurs psychopathologiques de vulnérabilité ou en diminuer les effets critiques (cf. Item 71).

En l'absence de facteur de risque, il faut organiser une réévaluation après la crise.

L'**assistante sociale** joue aussi un rôle important en cas de crise psychosociale.

L'année suivant l'émergence d'idées suicidaires est une année à haut risque de passage à l'acte. Durant l'**année qui suit une tentative de suicide,** le **risque de récidive est** important. Ceci fait recommander la plus grande vigilance.



Un moyen efficace de prévention du suicide est le retrait des moyens suicidaires létaux comme, par exemple, les armes à feu.

Il faut y penser et en discuter avec le patient et son entourage.

6. Particularités liées au terrain et à l'âge

En plus des éléments précédemment décrits, il existe certaines particularités liées au terrain à prendre en compte.

6.1. La crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent

6.1.1. La crise suicidaire chez l'enfant

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un enfant, par exemple par un enseignant, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- il ne faut pas chercher à résoudre le problème seul ;
- il faut parler avec l'enfant sans que cela soit intrusif ;
- il faut signaler les signes repérés à la famille ;
- il faut signaler au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin traitant et/ou le médecin spécialiste ;
- il faut être attentif au contexte social (harcèlement, maltraitance, négligence, etc.).

En cas de **crise suicidaire avérée**, une **hospitalisation** est nécessaire pendant quelques jours pour **débuter une prise en charge pédopsychiatrique adaptée**.

6.1.2. La crise suicidaire chez l'adolescent

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un adolescent, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- il faut créer un climat d'empathie avec l'adolescent qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière, psychologue ou assistant d'éducation), la famille et le médecin traitant ;
- il faut avoir recours aux réseaux spécialisés existants.

En cas de **crise suicidaire avérée** et en particulier en cas de tentative de suicide, la **prise en charge hospitalière** est favorisée. **Le suivi ambulatoire sera à mettre en place dès la sortie**. En cas de non venue aux rendez-vous de suivi, on peut mettre en place des visites à domicile ou réorganiser une hospitalisation si le risque suicidaire persiste. Il faut savoir là aussi s'appuyer sur des intervenants extérieurs (éducateurs, paramédicaux, etc.).

6.2. La crise suicidaire chez l'adulte et l'âgé

6.2.1. La crise suicidaire chez l'adulte

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un adulte, par exemple par l'entourage proche, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- l'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une **relation de confiance** en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance ;
- à partir de ces attitudes, **l'entourage peut accompagner** le patient vers les différents réseaux d'aide et au soin.

En cas de crise suicidaire avérée, la prise en charge est celle expliquée ci-dessus.

6.2.2. La crise suicidaire chez la personne âgée

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez une personne âgée, par exemple par le médecin traitant, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

* **une dépression doit être systématiquement recherchée** car elle est quasiment constante ;
* la recherche de troubles psychiatriques comorbides doit être systématique ;
* l'existence d'un éventuel changement comportemental doit faire envisager une douleur physique et/ou une maltraitance ;
* une évaluation psychosociale doit être systématique.

En cas de crise suicidaire avérée, la prise en charge doit particulièrement veiller à **rechercher des moyens de mort violente** et **les enlever du domicile**.



Pour en savoir plus

La baisse spectaculaire du taux de suicide chez les sujets âgés en Grande-Bretagne après la limitation de la prescription des barbituriques et la détoxification du gaz (qui consiste à extraire le monoxyde de carbone du gaz naturel) illustre l'efficacité des stratégies de limitation de l'accès à certaines méthodes de suicide à l'échelle populationnelle.

6.3. La crise suicidaire chez un patient atteint d'un trouble psychiatrique

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un patient déjà suivi en psychiatrie, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

* il faut prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels ;
* il faut veiller au retrait des objets ou des médicaments dangereux.

En cas de crise suicidaire avérée, la prise en charge s'appuie généralement sur l'**hospitalisation**.



La crise suicidaire est une crise psychique réversible et temporaire, dans un contexte de vulnérabilité. Les ressources adaptatives de la personne sont épuisées. Le passage à l'acte suicidaire en est le risque majeur.

L'entretien psychiatrique a pour but d'évaluer le risque suicidaire (recherche de facteurs de risque et de facteurs de protection), l'urgence (scénario suicidaire et délai de mise en œuvre) et la dangerosité (létalité et accessibilité du moyen considéré).

L'hospitalisation (libre ou sans consentement) s'impose en cas de niveau d'urgence élevée. Dans les autres cas, la décision d'hospitaliser sera à adapter à la situation. Il faut toujours penser au retrait des moyens létaux. En cas de soins ambulatoires, l'entourage doit idéalement être proche et disponible. On prévoira une réévaluation rapide.

module trois

Situations à risque spécifiques

57

item 57

Sujets en situation de précarité

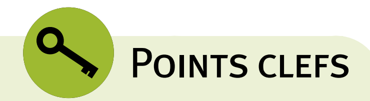


* Connaître les facteurs de risque.
* Évaluer la situation de précarité, définir les différents types et niveaux de précarité.
* Connaître les morbidités les plus fréquemment rencontrées et leurs particularités.
* Évaluer la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/57





Acteurs de risque :
* habitudes de vie associées à des comportements de santé à risque,
* difficultés dans l'accès aux soins de santé et à la prévention.

Morbi-mortalité associée :
* non-psychiatrique (infectieuse, dentaire, dermatologique),
* psychiatrique (troubles de l'humeur essentiellement, trouble schizophrénique, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, conduites suicidaires),
* troubles addictifs et leurs conséquences.

Évaluation :
* médicale non-psychiatrique (maladie mettant en jeu le pronostic vital, maladies chroniques, troubles addictifs et leurs complications, handicap),
* médicale psychiatrique (évaluer le degré de souffrance psychique et le risque suicidaire),
* sociale (statut social, conditions de vie, couverture maladie, ressources).

Prise en charge :
elle doit être multidisciplinaire :
* médico-sociale (cabinets médicaux, hôpitaux publics, CMP pour la psychiatrie, CDS, CDAG, centres de prévention, PASS, LHS, EMPP),
* aides financières (Revenus : RSA, AAH, APA, Prise en charge des frais de santé : CMU, CMU-C, AME),
* associations à but non lucratif.

1. Définition du concept de « précarité »

1.1. La précarité

La précarité est définie comme un état de fragilité et d'instabilité sociale caractérisé par « **l'absence d'une ou plusieurs des sécurités** permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ».

Les sécurités indispensables à la santé, identifiées par l'OMS, sont :
* se loger,
* accéder à l'éducation et à l'information,
* se nourrir convenablement en quantité et qualité,
* disposer d'un revenu suffisant, certain et stable,
* bénéficier d'un écosystème stable, protecteur,
* compter sur un apport durable de ressources,
* avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais **un ensemble de situations de non sécurité et de fragilisation économique, sociale et familiale. La précarité est une situation dynamique, réversible et multifactorielle**.

La précarité est le produit de :
* **dimensions structurelles** (sociales et économiques) de menaces à court ou moyen terme,
* **dimensions subjectives** (perception de sa situation, stratégie d'ajustement, etc.) (cf. Item 01).

La notion de précarité va au-delà de la notion de pauvreté. Ainsi, un sujet en situation de précarité n'est pas forcément pauvre ni exclu.

1.2. La pauvreté

La pauvreté est un terme qui se rapporte généralement à la **pauvreté monétaire**. Elle est donc définie comme l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources économiques. C'est un **concept économique** différent de celui de précarité.

Le seuil de **pauvreté monétaire** correspond à un seuil de ressources du ménage inférieur ou égal à un pourcentage des ressources médianes des ménages d'une population. Il s'agit donc d'une **définition statistique relative**. Par exemple, le seuil de pauvreté monétaire à 50 % du niveau de vie médian de la population s'établit, en 2011, est à 814 euros mensuels pour une personne seule. 7,9 % de la population vivent en dessous de ce seuil, soit 4,9 millions de personnes.

L'INSEE calcule également la **pauvreté en conditions de vie**, mesurée par l'indicateur qui synthétise les réponses à vingt-sept questions relatives à quatre grands domaines (contraintes budgétaires, retard de paiement, restrictions de consommation et difficultés de logement). Cet indicateur cumule, pour chaque ménage, le nombre de difficultés sur les vingt-sept retenues. La proportion de ménages subissant au moins huit carences ou difficultés a été retenue pour définir le taux de pauvreté en conditions de vie, afin de retrouver le même ordre de grandeur que le taux de pauvreté monétaire.

Toutefois, **la pauvreté monétaire** et **la pauvreté en conditions de vie** ne se recoupent que très partiellement, de sorte qu'une partie de la population est pauvre selon l'un ou l'autre de ces critères. Même si cet indicateur a diminué depuis 2004, un ménage sur cinq est touché par la pauvreté monétaire ou en conditions de vie.

1.3. L'exclusion

L'exclusion est une réalité dynamique caractérisée par l'absence pour un individu, pendant une période plus ou moins longue, de la possibilité de bénéficier des mêmes droits sociaux qu'un autre individu. Il s'agit d'un processus de disqualification sociale aboutissant à une marginalité subie, conséquence de plusieurs défaillances socio-économiques, familiales ou médicales.

L'exclusion n'est pas une maladie, mais elle **réduit le soutien social perçu** et crée un **sentiment d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi** à l'origine d'une intense souffrance psychique et de la difficulté à s'insérer dans un tissu social. Elle représente en ce sens un facteur de risque de développer certaines maladies (cf. items 1 et 58).

En utilisant une définition minimaliste et considérant qu'un individu en situation d'exclusion est une personne qui ne bénéficie pas des possibilités d'aide sociale (revenu, logement, école, santé), parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou n'a plus la capacité à faire les démarches nécessaires, le nombre d'exclus peut être estimé à environ 0,4-0,5 % de la population française, soit environ 300 000 personnes résidant sur le territoire français.

Une **précarité prolongée** risque de faire glisser ceux qu'elle affecte vers **l'exclusion**, qui représente la phase ultime de l'évolution de la précarité. **L'exclusion est la forme extrême de la précarité**.

2. Contexte épidémiologique de la précarité

2.1. Épidémiologie

Le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, toucherait 12 à 15 millions de personnes en France, soit 20 à 25 % de l'ensemble de la population.

La précarité est un facteur de risque de dégradation de l'état de santé en raison de facteurs de risque associés à la précarité qui augmentent la morbi-mortalité des individus (cf. Item 58).

La précarité est une illustration des inégalités sociales de la santé. En France, l'écart d'espérance de vie entre les ouvriers et les cadres supérieurs est très important, de 8 ans à 35 ans et de 4,5 ans à 60 ans.

2.2. Facteurs de risque

Les deux principaux facteurs de risque sont :

* des habitudes de vie associées à des comportements de santé à risque (malnutrition, consommation de psychotropes, etc.) (cf. Item 01) ;
* des difficultés dans l'accès aux soins de santé et à la prévention.

Ces facteurs de risque sont liés notamment à :

* un faible niveau de ressources ;
* des conditions de travail plus à risque ;
* parfois la nationalité étrangère en raison du statut juridique (par exemple, absence de titre de séjour) et de pratiques discriminatoires ;
* etc.

Voir encadré « En pratique » page ci-contre.

3. Précarité et santé

La morbi-mortalité médicale est augmentée chez les individus en situation de précarité. **La précarité est en effet un facteur de risque de mauvais état de santé** et inversement **un problème de santé est un facteur de risque de précarité**.

Tous les troubles psychiatriques, notamment chroniques et les troubles addictifs ainsi que **les situations de handicap** (cf. Item 117) peuvent avoir un retentissement fonctionnel à l'origine d'une précarisation du patient (difficultés d'insertion professionnelle, isolement, etc.). À l'inverse, **la précarité favorise la survenue de troubles psychiatriques**.

La morbi-mortalité médicale non-psychiatrique est augmentée en raison d'un retard fréquent dans le recours aux soins, ainsi qu'une prévalence accrue de pathologies plus sévères, principalement du fait des conditions de vie :

* pathologies infectieuses : pulmonaires (en particulier tuberculose, pneumopathies), ORL (sinusites, rhinites, otites, trachéo-bronchites), IST (Infections sexuellement transmissibles : VHC, VIH), surinfections de pathologies dermatologiques ;
* pathologies dentaires pouvant se compliquer d'infections ;
* pathologies dermatologiques : gale, pédiculose, plaies, ulcères, etc.

Les troubles addictifs sont fréquents (alcool, tabac, substances) (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77), et les complications psychiatriques et non-psychiatriques engendrées par ces addictions doivent être recherchées.

La morbidité psychiatrique est également fréquente et est plus importante qu'en population générale.

Dans un tiers des cas, elle peut **préexister** à la situation de précarité (cf. section 2 de l'item). Les principaux troubles psychiatriques précédant la situation de précarité sont :

* les troubles psychotiques (schizophrénie principalement) (cf. Item 61) ;



En pratique

Mesurer la précarité

Selon la définition de la précarité donnée par le Haut Comité de santé publique (HCSP), elle peut se manifester dans plusieurs domaines tels que le revenu, le logement, l'emploi, les diplômes, la protection sociale, les loisirs et la culture, la santé.

C'est pourquoi, afin de mieux identifier les diverses populations en situation de précarité, plusieurs scores peuvent être utilisés en pratique. Un score individuel d'évaluation du niveau de précarité a été développé (score EPICES). Il permet la mesure multidimensionnelle de la précarité ou de la fragilité sociale pour permettre d'identifier une population plus à risque de problèmes de santé.

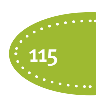
Un autre indicateur de précarité repose sur la définition socio-administrative de la précarité, et regroupe les catégories suivantes : les chômeurs, les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) ou de la Couverture maladie universelle (CMU) ou d'un Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), les personnes sans domicile fixe et les jeunes de 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle. La précarité définie selon ces critères semble toutefois moins fortement liée aux indicateurs d'accès aux soins et de santé, que la précarité définie selon le score EPICES.

Le syndrome d'auto-exclusion

Le syndrome d'auto-exclusion a été décrit pour aborder la sémiologie psychiatrique spécifique des personnes en situation de précarité. Ce syndrome ne fait pas partie spécifiquement des nosographies internationales. On retrouve cependant dans le DSM-5 un certain nombre de « situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique », dont « l'exclusion ou le rejet social » fait partie.

Le syndrome d'auto-exclusion a particulièrement été décrit par les travaux de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (http://www.orspere.fr/presentation-de-l-onsmp-orspere-1/)





La description de ce syndrome permet de mieux comprendre l'expérience vécue très particulière des personnes en situation de précarité.

Ainsi en situation de précarité, un sujet va passer d'une logique de vie, à une logique de survie (ou de survivance). L'ensemble des éléments qui consiste en la santé, c'est-à-dire la capacité « de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins » (cf. Item 01) disparaît au profit d'un sentiment de découragement global. Le sujet a l'impression de ne plus pouvoir réaliser aucune de ses aspirations, la notion d'aspiration finira même par disparaître, un peu comme si le sujet se « déshabitait » de lui-même, tendant à aggraver par un cercle vicieux la situation d'isolement et donc de précarité.

Les symptômes cliniques de ce processus sont : une anesthésie corporelle (le sujet sent moins son corps) et un émoussement affectif (le sujet sent moins ses émotions) associés à une inhibition intellectuelle (le sujet semble ne plus se penser ou penser sa situation).

Cette sémiologie spécifique permet de comprendre des éléments que le clinicien doit savoir manier pour ne pas limiter l'accès aux soins de ces personnes en situation de précarité. Le premier élément est que plus une personne va mal, moins elle sera en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Dans cette situation une « non-demande » ou un « refus de demande » ne devra pas être interprété trop rapidement comme l'expression libre de la volonté d'autrui au risque d'exclure du soin un patient en grande souffrance. Le deuxième élément est que l'initiation des soins, avec le réchauffement si l'on peut dire de l'anesthésie corporelle, de l'émoussement affectif et de l'inhibition intellectuelle, pourra paradoxalement s'accompagner au début d'une aggravation de la symptomatologie car le retour à la vie et à la prise de conscience de la situation de précarité peut s'avérer très douloureuse.

Le syndrome d'auto exclusion ne doit pas être considéré comme un diagnostic différentiel d'un trouble dépressif caractérisé ou d'une schizophrénie. Il doit permettre de mieux comprendre la clinique des patients en situation de précarité, de mieux traiter les troubles psychiatriques et non-psychiatriques fréquemment présents chez ces sujets, afin de leur redonner la santé et ainsi la possibilité de réaliser ses aspirations propres.

* les troubles de la personnalité (personnalité borderline, dépendante, par exemple) (cf. Item 64) ;
* le trouble stress post-traumatique (cf. Item 64).

Dans un tiers des cas, elle peut être la **conséquence** de la situation de précarité. Les principaux troubles psychiatriques conséquence de cette situation de précarité sont :

* les troubles de l'humeur, en particulier le trouble dépressif caractérisé (on estime par exemple que les symptômes évoquant un épisode dépressif caractérisé sévère surviennent avec une fréquence de près de 20 % chez des hommes bénéficiant à l'époque du RMI contre moins de 3 % en population générale) (cf. Item 62) ;
* les conduites suicidaires (cf. Item 348) ;
* les troubles anxieux (cf. Item 64) ;
* les troubles liés aux facteurs de stress, en particulier troubles de l'adaptation (cf. Item 64) ;
* les troubles somatoformes (cf. Item 70) ;

Ces troubles sont certes favorisés par la précarité, mais ils contribuent également à son maintien par la situation de handicap (cf. Item 117).

Dans un tiers des cas, il n'y a pas de trouble psychiatrique spécifique.

Cependant, de nombreux observateurs et acteurs de terrain soulignent que la précarité provoque des sentiments individuels comme la mauvaise image de soi, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité voire de honte, qui sont à l'origine d'une souffrance psychique. Cette souffrance est susceptible de conduire à une dégradation de la santé. Voir encadré « Le syndrome d'auto-exclusion ».

4. ÉVALUATION D'UN SUJET EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

4.1. Situation médicale non-psychiatrique

En situation de précarité les pathologies sont souvent diagnostiquées plus tardivement. Il s'agit donc systématiquement :

* **d'écarter une pathologie grave** menaçant le pronostic vital et nécessitant une hospitalisation immédiate : la conduite médicale doit être la même que pour un sujet en non situation de précarité ;
* **de se renseigner (et savoir dépister)** sur l'existence d'une maladie chronique invalidante ou d'une situation de handicap.

4.2. Situation médicale psychiatrique

Il est important de rechercher la date d'apparition des troubles, afin de déterminer s'ils préexistent ou sont la conséquence de la situation de précarité. Dans ce dernier cas, il s'agira de préciser les circonstances (facteur de stress précipitant) et le délai d'apparition des troubles par rapport au développement de la précarité.

Dans cette situation, il faut être particulièrement attentif à évaluer :

* un trouble psychiatrique, principalement schizophrénie (cf. Item 61) et dépression (cf. Items 62 et 64a) ;
* un trouble addictif (cf. Items 73 à 77) et d'éventuelles complications médicales non-psychiatriques ;
* un risque suicidaire (cf. Item 348).

4.3. Situation sociale

Le médecin doit connaître chez le patient en situation de précarité :

* son statut social (emploi/scolarité/diplômes/nationalité) ;
* ses conditions de vie et de logement ;
* **sa couverture maladie** (assurance maladie et complémentaire) ;
* **ses ressources actuelles**, en particulier les aides financières dont il dispose.

Au terme de cette triple évaluation, le médecin doit être à même de différencier les difficultés relevant de l'accès au système de soins liées à l'infrastructure médicale elle-même de celles liées au trouble psychiatrique du patient. Ainsi, l'hospitalisation pour raison uniquement « humanitaire » n'est pas recommandée, seule la clinique doit guider l'orientation proposée au patient. En cas de motif psychiatrique justifiant l'hospitalisation, le mode libre doit être préféré à celui sans consentement, lorsque cela est possible.

5. Principaux dispositifs de prise en charge de la précarité

La prise en charge de la santé ne se limite pas aux seuls aspects médicaux (cf. Items 1, 11, 71, 117). Pour les personnes en situation de précarité, la prise en charge s'intègre dans des dispositifs médico-sociaux spécifiques encadrés légalement, coordonnés régionalement au sein du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), impliquant des professionnels de la santé et des personnels sociaux.

La prise en charge du patient en situation de précarité nécessite un abord global, faisant appel à une approche le plus souvent multidisciplinaire.

L'élément essentiel est de favoriser l'accès aux soins aux personnes en situation de précarité. La prise en charge des personnes en situation de précarité est un devoir déontologique.

5.1. Dispositifs législatifs

29 juillet 1998 : la loi de lutte contre l'exclusion définit les missions sanitaires et sociales auxquelles doivent répondre les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

1er janvier 2000 : création de la CMU. Elle dispense de l'avance des frais, prend en charge le ticket modérateur, le forfait hospitalier sans limitation de durée et une liste de produits (prothèses dentaires, lunettes, audioprothèses) à des tarifs fixés par arrêté interministériel.

11 février 2005 : loi N° 2005-102 sur le handicap et la nécessité de sa prise en charge (cf. Item 117).

23 novembre 2005 : circulaire fixant le cadre d'action des Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

1er décembre 2008 : création du Revenu de solidarité active (RSA) ayant pour double objectif de lutter contre la pauvreté des personnes sans emploi et des travailleurs pauvres, et inciter au retour à l'emploi.

5.2. Dispositifs médico-sociaux

Les dispositifs de droit commun :

* cabinets médicaux, en particulier rôle fondamental du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes en situation de précarité ;
* hôpitaux publics, centres médico-psychologiques (CMP) favorisant la continuité de la prise en charge par la même équipe médico-sociale, via le secteur géographique psychiatrique ;
* centres de santé (CDS) caractérisés par un statut spécifique, intermédiaire entre les cabinets libéraux et les établissements de santé, qui leur permet de bénéficier d'une convention avec l'Assurance maladie.

Les dispositifs de santé publique : centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), centres de prévention, etc.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : fournissent un accès aux soins au sens large, associant consultation médicale généraliste ou spécialisée, soins odontologiques, prise en charge en soins infirmiers, plateau technique, délivrance gratuite de médicaments. Elles permettent à tout patient d'être accompagné dans son parcours et d'accéder à l'offre de soins de droit commun, mais aussi de bénéficier d'une continuité de soins conforme à ses besoins. Près de 430 PASS sont implantées dans les établissements de santé et leur développement se poursuit. Elles se situent majoritairement dans des hôpitaux publics de grande taille. Certaines PASS proposent des soins psychiatriques.

Les lits halte soins santé (LHSS) : fournissent un accueil temporaire des personnes en situation de précarité pour des soins au sens large.

Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) : interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes en situation de précarité et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leur parcours de soins mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiatriques. On comptabilise en 2011 près de 110 EMPP, composées de plus de 200 professionnels principalement infirmiers, psychiatres et psychologues et, dans une moindre mesure, assistants sociaux. Le plus fréquemment, ce sont les psychiatres qui coordonnent l'équipe dont le fonctionnement fait l'objet d'une formalisation dans les projets médicaux des établissements.

Voir encadré « En pratique » page ci-contre.

5.3. Les associations

Ils existent de nombreuses associations à but non lucratif ayant pour objectif de porter secours et assistance aux plus démunis (dites « caritatives »). Elles jouent un rôle important dans la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Il peut s'agir d'associations :

* avec leurs propres personnels sociaux, souvent gérés par les ONG (Organisations non gouvernementales) (Croix rouge, Médecin du monde, ATD Quart-Monde, etc.) ;
* thématiques (Restos du Cœur, etc.) ;
* orientées vers la prise en charge des immigrés (CIMADE, COMEDE, etc.).

La liste et les compétences de ces associations doivent être connues des médecins hospitaliers et des généralistes pour constituer les relais d'amont ou d'aval dans la prise en charge de ces patients.



En pratique

Principales aides financières visant à protéger les sujets en situation de précarité

Revenus

Revenu de solidarité active (RSA) socle

Mis en place le 1er juin 2009 en France métropolitaine, il se substitue au RMI, à l'API (Allocation parent isolé) et aux dispositifs d'intéressement à la reprise d'activité qui lui sont associés.

Le RSA est un dispositif sous condition de ressources destiné à un foyer.

Il peut être versé à toute personne âgée d'au moins 25 ans résidant en France, ou sans condition d'âge pour les personnes assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître.

Depuis le 1er janvier 2010, les jeunes de moins de 25 ans ayant travaillé au moins deux années au cours des trois dernières années peuvent également en bénéficier. Le RSA est une allocation différentielle.

Le montant du RSA est calculé comme la somme de deux composantes : d'une part, un montant forfaitaire qui varie en fonction du foyer, d'autre part, une fraction (62 %) des revenus professionnels des membres du foyer.

Le RSA socle s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur au montant forfaitaire. Le RSA peut être majoré pour les parents qui assument seuls la charge d'au moins un enfant né ou à naître. À noter que l'allocation garantie par le RSA se situe en dessous du seuil de pauvreté.

L'allocation adulte handicapé (AAH) : Destinée aux adultes à partir de 20 ans résidant de façon permanente en France, dont les ressources ne dépassent pas un plafond annuel, et atteints d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %. Ce taux est apprécié par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en fonction d'un guide-barème.

La personne qui ne dispose d'aucune ressource peut percevoir le montant maximum de l'AAH (790,18 euros en 2014).

L'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) : Destinée aux personnes âgées d'au moins 60 ans, résidant en France de manière stable et régulière, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dans un état nécessitant une surveillance régulière (groupes 1 à 4 de la grille Aggir).

Prise en charge des frais de santé

Couverture maladie universelle (CMU) de base : Permet l'accès à l'assurance maladie pour toute personne, quelle que soit sa nationalité, résidant en France de façon stable (depuis plus de 3 mois) et régulière, avec ou sans domicile fixe, et qui n'est pas déjà couverte par un régime de Sécurité sociale.

CMU complémentaire (CMU-C) : Donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) pour toute personne, quelle que soit sa nationalité, résidant régulièrement en France de façon stable (depuis plus de 3 mois) et régulière, ayant des ressources inférieures à un plafond annuel de référence (8 593 euros en 2014).

Aide médicale d'état (AME) : Donne droit à la prise en charge des dépenses de santé pour toute personne étrangère en situation irrégulière et résidant en France depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue, ayant des ressources inférieures à un plafond annuel de référence (8 593 euros en 2014). La date d'ouverture du droit est la date de dépôt de la demande.



Résumé

La précarité est une situation de fragilité et d'instabilité sociale, réversible, multifactorielle, fréquente (20-25 % de la population), qui mène vers l'extrême vers l'exclusion.

La morbi-mortalité médicale est augmentée chez les individus en situation de précarité. La précarité est en effet un facteur de risque de mauvais état de santé et inversement un problème de santé est un facteur de risque de précarité.

La prise en charge de la santé ne se limite pas aux seuls aspects médicaux. Pour les personnes en situation de précarité, la prise en charge s'intègre dans des dispositifs médico-sociaux spécifiques.

L'élément essentiel est de favoriser l'accès aux soins aux personnes en situation de précarité. La prise en charge des personnes en situation de précarité est un devoir déontologique.



Références pour approfondir



Rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), « *Crise économique, marché du travail et pauvreté* », 2011/2012.

Rapport du HCSP, « *Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », février 1998.

Blanc M., « Sujets en situation de précarité », *La revue du praticien*, 2008.

Observatoire des inégalités : http://www.inegalites.fr/

67

item 67

Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

Objectifs pédagogiques

* Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse ou du post-partum.
* Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et post-natale.
* Argumenter les principes de la prise en charge pluridisciplinaire (sociale, psychiatrique, familiale).

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/67





Points clefs

* Les troubles psychiatriques périnataux sont principalement les épisodes dépressifs caractérisés avec ou sans caractéristiques mixtes du post-partum, plus rarement des épisodes maniaques avec caractéristiques psychotiques, et des épisodes psychotiques brefs.
* Rechercher et prévenir un risque de suicide et/ou d'infanticide.
* Dans les cas d'épisode dépressif caractérisé sévère du post-partum, le recours à une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant est actuellement recommandé.
* Dans les cas d'épisodes avec symptômes psychotiques, la patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu spécialisé, avec ou sans son consentement.
* En cas de défaillance maternelle grave ou en cas de danger immédiat pour le bébé (risque d'infanticide), la mère doit être séparée de son bébé. Le principe de prévention-protection de l'enfance peut alors passer par une demande d'ordonnance de placement provisoire.
* Le post-partum blues n'est pas pathologique.
* Les traitements psychotropes doivent être prescrits avec prudence, en prenant toujours en compte la balance bénéfice -risque, tant pendant la grossesse que pendant l'allaitement.

1. Introduction

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum correspondent à tous les troubles psychiatriques liés à la période périnatale qui s'étend de la conception à la première année de l'enfant, incluant l'accouchement et l'allaitement. Il peut s'agir d'une décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant à la grossesse ou d'un épisode inaugural qui pourra ou non signer l'entrée dans un trouble psychiatrique chronique.

La grossesse, et l'arrivée d'un enfant, est une étape essentielle dans la vie d'une femme et entraîne de profonds changements tant physiologiques que psycho-sociaux, qui sont à considérer comme un facteur de stress majeur (cf. Item 01). La période périnatale est donc une période de vulnérabilité particulière pour les troubles psychiatriques.

2. Les facteurs de risques

Ils doivent être évalués et dépistés le plus précocement possible par les différents partenaires de soins de la période périnatale (médecin traitant, gynécologue-obstétricien, sage-femme, services de la Protection maternelle et infantile, psychiatre). La HAS propose qu'un entretien spécifique appelé « entretien prénatal précoce » soit proposé systématiquement au 4e mois de grossesse afin de mieux dépister les femmes à risque – particulièrement celles en situation de vulnérabilité psycho-sociale.

2.1. Facteurs de vulnérabilité psychiatriques

* Antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux ;
* trouble lié à l'usage de substances, et particulièrement trouble lié à l'usage d'alcool.

2.2. Facteurs gynécologiques et obstétricaux

* Âge (grossesse ‹ 20 ans et › 35 ans) ;
* primiparité ;
* grossesse non désirée ;
* découverte ou suspicion de malformation ou de pathologie fœtale ;
* grossesse compliquée (diabète gestationnel, hypertension gravidique) ;
* accouchement dystocique/césarienne (surtout en urgence et/ou sous anesthésie générale) / prématurité / petit poids de naissance.

2.3. Facteurs environnementaux

* Mère célibataire / difficultés conjugales ;
* précarité socio-économique / faible niveau d'éducation / isolement social ;
* antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance ;
* facteurs culturels concernant principalement les femmes migrantes : langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la grossesse.

3. Grossesse et post-partum chez une femme présentant des troubles psychiatriques antérieurs à la grossesse

3.1. Généralités

Toute patiente souffrant d'un trouble psychiatrique chronique doit bénéficier d'une information sur les risques de rechute de sa pathologie lors de la période périnatale. La grossesse doit s'inscrire au mieux dans le cadre d'un projet individualisé chez une patiente présentant une maladie stabilisée depuis au moins deux ans pour laquelle une possible adaptation thérapeutique a été réalisée en amont de la grossesse (en cas de prescriptions à risque tératogène par exemple). La prise en charge est alors multidisciplinaire [psychiatre, gynécologue-obstétricien, services de la Protection maternelle et infantile (PMI)] après une évaluation médico-sociale.

3.2. Troubles bipolaires, dépressif récurrent, schizophrénie

La grossesse, et le post-partum de manière plus fréquente, peuvent être l'occasion de décompensation d'un trouble de l'humeur ou d'une schizophrénie. Les symptômes observés sont ceux habituellement décrits dans ces tableaux cliniques. **Une particularité existe lors des épisodes thymiques avec caractéristiques psychotiques en post-partum : on retrouve des symptômes confusionnels avec un risque suicidaire et d'infanticide** (voir encadré « Psychose puerpérale »).

Ces **troubles pouvant entraver les liens précoces avec l'enfant, une prise en charge en unité mère-bébé pourra être proposée à la naissance**.

3.3. Troubles addictifs

Toute femme enceinte doit être informée sur les risques de la prise de substances pendant la grossesse. Les premières rencontres doivent favoriser l'alliance thérapeutique. Il faut éviter toute culpabilisation et stigmatisation.

Le traitement du trouble addictif maternel implique l'évaluation des avantages du sevrage versus le traitement psychotrope (cf. Item 45). L'évaluation des comorbidités psychiatriques associées doit conduire vers une proposition de suivi spécialisé.

À la naissance, une surveillance pédiatrique du bébé est nécessaire. Une hospitalisation en unité mère/bébé de pédiatrie est recommandée pour une prise en charge de la mère et de l'enfant, un accompagnement des interactions précoces et la mise en place du suivi par les services de PMI et sociaux.

3.4. Troubles anxieux

Les symptômes anxieux peuvent être isolés ou associés à d'autres entités cliniques du post-partum.

Ils sont souvent l'expression de troubles anxieux préexistants. Le post-partum est une période propice à leur aggravation, en particulier concernant les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (cf. Item 64c).

3.5. Précautions d'emploi des psychotropes au cours de la grossesse

Si un traitement psychotrope est indiqué, il convient d'évaluer le rapport bénéfice/risque devant la pathologie de la mère et les effets tératogènes de chaque molécule (en sachant que tous les psychotropes traversent la barrière placentaire). Du fait des risques de malformations au premier trimestre, il faudra être d'autant plus vigilant au cours de ces trois premiers mois quant à la prescription d'un psychotrope, qui sera évité si possible. La consultation du Centre de référence des agents tératogènes permettra une prescription plus sûre.

Le traitement doit être prescrit à posologie minimale efficace mais il faut savoir que les modifications pharmacocinétiques en cours de grossesse peuvent amener à augmenter la posologie.

L'arrêt brutal d'un traitement lors de la découverte d'une grossesse n'est pas recommandé car il peut entraîner un sevrage ou la décompensation du trouble sous-jacent, avec un retentissement sur le déroulement de la grossesse.

La survenue éventuelle de troubles néonataux transitoires sera systématiquement prise en compte lors de l'examen du nouveau-né de chaque patiente ayant bénéficié d'un traitement psychotrope pendant la grossesse.

3.5.1. Les anxiolytiques

La prescription de benzodiazépines est à éviter si possible, mais si la situation clinique le nécessite alors les benzodiazépines à demi-vie courte sont à privilégier notamment l'Oxazépam (Seresta®). L'allaitement est possible avec cette molécule prescrite à faible dose.

L'Hydroxyzine (Atarax®), antiH1 sédatif, peut également être proposé.

3.5.2. Les antidépresseurs

On privilégiera les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) : sertraline (Zoloft®), citalopram (Seropram®) ou escitalopram (Seroplex®) ; IRS/noradrénergique, venlafaxine (Effexor®) ;

On évitera la paroxétine (Deroxat®) pendant le 1er trimestre du fait du risque de malformations.

Pendant l'allaitement : certains antidépresseurs passent à de faibles taux dans le lait, et les concentrations sanguines chez les enfants allaités sont faibles ou indétectables : inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS) : la paroxétine (Deroxat®) et la sertraline (Zoloft®).

3.5.3. Les antipsychotiques

Les premières générations comme les secondes générations peuvent être utilisées, comme Halopérodol (Haldol®) ou Olanzapine (Zyprexa®). Les risques liés à cette classe de traitement sont une augmentation des complications obstétricales (troubles métaboliques et hématome rétro-placentaire) variables en fonction des molécules.

3.5.4. Les thymorégulateurs

Les thymorégulateurs les plus documentés, recommandés et pouvant être prescrits chez la femme enceinte sont : l'olanzapine (Zyprexa®) et la lamotrigine (Lamictal®).

Il existe un risque tératogène majeur avec l'acide valproïque, divalproate de sodium ou valpromide (Dépakine®, Dépakote®, Dépamide®). Pour prévenir ce risque, il est maintenant interdit de prescrire en première intention cette molécule à toute femme en âge de procréer.

Le lithium (Teralithe®) peut être tératogène au premier trimestre, avec un faible risque de malformations cardiaques (4 % avec Lithium versus 1 % dans la population générale, dont 1 % de malformations cardiaques graves) – et doit donc être évité au premier trimestre de grossesse. Cependant, son utilisation reste conseillée si la balance bénéfice/risque est en faveur de la poursuite du traitement. Cette dernière doit être exposée à la patiente qui prendra part au choix thérapeutique après une information claire sur le risque tératogène d'une part, et sur le risque de décompensation thymique d'autre part (augmentation du risque de rechute par 3 à l'arrêt, 60 % de rechutes). Si le traitement par lithium est maintenu, un suivi multidisciplinaire obstétrical, échographique, psychiatrique et pédiatrique spécialisé est indispensable durant toute la période périnatale.

3.5.5. Électroconvulsivothérapie (ECT)

La grossesse est une indication privilégiée de l'ECT devant un épisode thymique ou un épisode psychotique aigu dont l'intensité est sévère.

Cependant, à partir de 24 SA, la poursuite d'une cure d'ECT nécessitera une surveillance obstétricale et échographique ; et sera déconseillée en cas de grossesse compliquée d'une pathologie obstétricale (menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, etc).



L'acide valproïque est absolument interdit pendant la grossesse et en première intention chez toute femme en âge de procréer. Tout autre traitement doit être envisagé de selon la balance bénéfice-risque.
Au moindre doute, consulter le site du CRAT (Centre de référence sur les agents tératogènes – www.lecrat.org) ou le service de pharmacovigilance de votre établissement.



4. Les troubles psychiques pendant la grossesse chez une femme sans antécédent psychiatrique

4.1. Nausées et vomissements gravidiques

Les femmes présentent au cours du premier trimestre de grossesse des nausées et des vomissements dans 50 % des cas, sans retentissement sur leur état général. Ces troubles disparaissent spontanément au deuxième trimestre.

Dans certains cas, les vomissements gravidiques se majorent et/ou se pérennisent avec un retentissement à type de perte de poids, de déshydratation et de troubles hydroélectriques.

Une hospitalisation en service de gynécologie-obstétrique est parfois nécessaire selon la sévérité des vomissements, avec correction des troubles hydroélectriques et évaluation psychologique. Ces nausées et vomissements gravidiques peuvent engendrer une souffrance psychique et être aggravés par des troubles psychiatriques.

4.2. Troubles anxieux

4.2.1. Épidémiologie

Les troubles anxieux touchent entre 5 à 15 % des femmes dans la période prénatale. Ils sont plus fréquents au premier et dernier trimestre de grossesse.

4.2.2. Sémiologie psychiatrique

L'anxiété spécifique de la grossesse se définit par des inquiétudes et des préoccupations se rapportant directement à la grossesse.

Les thèmes les plus fréquents portent sur :

* les modifications corporelles ;
* le risque de malformation du fœtus ;
* l'angoisse de l'accouchement ;
* la capacité à s'occuper du bébé.

Elle peut se manifester par une crainte permanente, des crises d'angoisse, des conduites d'évitement ou de réassurance, des obsessions, des rituels, de l'irritabilité, des envies alimentaires et/ou des troubles du sommeil.

4.2.3. Pronostic/évolution

Risque d'aggravation en post-partum.

Risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé.

4.2.4. Prise en charge

Accompagnement de la femme ou du couple par des méthodes de préparation à l'accouchement (informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, techniques de relaxation).

Psychothérapie selon la sévérité des troubles anxieux.

Traitement anxiolytique en dernier recours.

Réévaluation des symptômes dans le post-partum.

4.3. Épisode dépressif caractérisé

4.3.1. Épidémiologie

Un épisode dépressif caractérisé anténatal touche environ 10 % des femmes enceintes.

4.3.2. Sémiologie psychiatrique

La symptomatologie n'est pas spécifique de la grossesse, hormis la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité maternelle.

L'intensité de l'épisode dépressif caractérisé est le plus souvent légère ou moyenne.

Voir Item 64a pour description du syndrome dépressif.

4.3.3. Pronostic/évolution

Facteur de risque de complications obstétricales.

Risque majeur d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé du post-partum.

4.3.4. Prise en charge

Soins le plus souvent en ambulatoire avec suivi psychothérapeutique, se poursuivant en post-natal.

Association avec un traitement antidépresseur et si besoin un traitement anxiolytique selon la sévérité des symptômes et de la balance bénéfice/risque.

4.4. Déni de grossesse

4.4.1. Épidémiologie

Le déni de grossesse concerne environ 3 femmes enceintes sur 1 000.

4.4.2. Facteurs de risque

Pas de profil privilégié de femmes à risque.

Le déni de grossesse n'est pas lié à un antécédent de pathologie psychiatrique maternelle.

4.4.3. Sémiologie psychiatrique

Il se définit comme la non prise de conscience de l'état de grossesse à partir de 22 SA (déni partiel) et parfois jusqu'à l'accouchement (déni total).

Il se différencie du phénomène volontaire de dissimulation que l'on peut retrouver lors de grossesse chez une adolescente ou lorsque l'environnement est hostile à une grossesse.

Cliniquement, peu ou aucune modification(s) corporelle(s) habituelle(s) de la grossesse n'est (sont) observable(s) : poursuite de ménorragies, peu ou pas d'augmentation des seins, aucune ou faible augmentation du volume abdominal, aucune ou faible prise de poids, etc. (À noter que la grande majorité de ces dénis de grossesse sont associés à aucune modification corporelle).

4.4.4. Pronostic/évolution

La découverte de la grossesse est souvent fortuite.

Facteurs de risques obstétricaux possibles par manque de suivi médical de la grossesse (retard de croissance intra-utérin, malformations du fœtus, accouchement dans des conditions d'urgence, etc).

Pas d'évolution vers une pathologie psychiatrique pour la femme (sauf si pathologie psychiatrique préexistante).

4.4.5. Prise en charge

Surveillance psychologique de la mère et des interactions précoces mère-bébé.

5. Troubles psychiques du post-partum chez une femme sans antécédent psychiatrique

Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse. On retrouve principalement des troubles de l'humeur, mais également des troubles anxieux et les épisodes psychotiques brefs.

5.1. Le post-partum blues (ou baby blues)

Il ne s'agit pas d'un état pathologique (ce n'est pas un trouble psychiatrique, cf. Item 59).

Il peut être considéré comme un état adaptatif physiologique. Cependant, il faut le considérer comme un facteur de risque de trouble psychiatrique du post-partum lorsqu'il est trop long ou trop sévère.

5.1.1. Épidémiologie

Le post-partum blues (ou baby blues ou syndrome du 3e jour) concerne selon les auteurs 30 à 80 % des accouchées.

5.1.2. Date de survenue en post-partum

Cet état transitoire survient entre le 2e et le 5e jour après l'accouchement, avec un pic au 3e jour. Réduit parfois à 24 heures, il dure 4 à 10 jours au maximum.

5.1.3. Sémiologie psychiatrique

Il associe : anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, troubles du sommeil, fatigue et plaintes physiques. Les crises de larmes, la susceptibilité, la crainte d'être délaissée ou de ne pas pouvoir s'occuper du bébé surprennent et déroutent l'entourage, surtout lorsque l'accouchement s'est bien déroulé.

Ce tableau, relativement fréquent, est de faible intensité et ne doit pas être considéré comme pathologique, mais plutôt comme une phase brève d'hypersensibilité émotionnelle. S'y ajoutent les réaménagements affectifs et cognitifs liés à l'accouchement et au processus de « maternalité ».

5.1.4. Prise en charge

Le post-partum blues ne nécessite pas de traitement médicamenteux.

La relation avec les soignants, la mobilisation de l'entourage, l'information, une attitude chaleureuse et compréhensive suffisent le plus souvent pour passer sans encombre une phase considérée comme « une variation de la normale ».

Si les symptômes persistent après plus de 15 jours ou s'intensifient, ils peuvent alors constituer un épisode dépressif caractérisé du post-partum. Il est donc important de dépister le baby blues et de surveiller son évolution.

5.2. Épisode dépressif caractérisé du post-partum

5.2.1. Épidémiologie

Elle concerne environ 15 % des femmes.

Ce sont en majorité des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée sans caractéristique psychotique. Il est important de rechercher les symptômes de caractéristique mixte qui sont souvent présents lors de cette période.

Ces troubles représentent un problème de santé publique de par leur fréquence, leur sous-diagnostic (50 % de ces femmes ne sont pas diagnostiquées) et les risques graves encourus par la mère et le bébé.

5.2.2. Date de survenue en post-partum

Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé du post-partum peut être envisagé dans l'année suivant l'accouchement, avec un pic entre 3 à 6 semaines post-partum. Il peut venir prolonger des symptômes du post-partum blues au-delà de 15 jours, ou encore dans les suites d'un épisode dépressif caractérisé au cours de la grossesse.

5.2.3. Sémiologie psychiatrique

Épisode dépressif caractérisé du post-partum sans caractéristique psychotique :

* Humeur « triste », avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle. Forte culpabilité (« j'ai tout pour être heureuse ») avec minimisation des symptômes, voir dissimulation à l'entourage.
* Plaintes physiques parfois au premier plan (céphalées, douleurs abdominales).
* Anxiété importante s'exprimant surtout par des phobies d'impulsion, des craintes de faire du mal au bébé, et un évitement du contact avec celui-ci.

Il faut absolument rechercher des signes d'hypomanie (témoignant de caractéristiques mixtes de l'épisode dépressif) qui sont souvent fréquents lors de la période périnatale : tachypsychie, insomnie sans fatigue, hyperréactivité émotionnelle, etc.

Il est important d'évaluer l'impact du trouble maternel sur les interactions précoces mère-enfant qui sont souvent perturbées mais également sur le comportement et développement de l'enfant. Les manifestations devant alerter sur une possible souffrance du bébé sont des troubles du comportement (agitation, apathie), un retard du développement psychomoteur, des troubles psychophysiologiques (sommeil, alimentation) et des pathologies médicales non-psychiatriques (coliques, eczéma).



Attention

Dans de rares cas l'épisode dépressif caractérisé peut être associé à des caractéristiques psychotiques dont le thème des idées délirantes est classiquement centré sur le bébé (négation de filiation, persécution). La clinique peut alors également être complétée de symptômes confusionnels. Il existe alors un **risque suicidaire et d'infanticide**.

5.2.4. Pronostic/évolution

Un épisode dépressif caractérisé du post-partum est un facteur de risque de récidive dépressive au décours d'une nouvelle grossesse ainsi qu'en dehors de la périnatalité. **Un épisode dépressif caractérisé du post-partum est à haut risque d'évolution vers un trouble bipolaire, et devra être surveillé** (cf. Item 62).

L'impact des troubles dépressifs du post-partum sur le neurodéveloppement de l'enfant n'est pas négligeable lorsque le trouble n'est pas identifié et soigné. La mère doit donc être prise en charge afin que l'épisode ne se prolonge pas et que les interactions précoces évoluent dans les meilleures conditions.

5.2.5. Prise en charge

5.2.5.1. Prévention

Il s'agit de femmes qui, si elles ne viennent pas aux consultations prévues, doivent impérativement être rappelées et soutenues. Une attitude ferme, ni dramatisante, ni moralisatrice, est éthiquement justifiée. Ici comme souvent, la qualité des échanges et des liens entre l'équipe obstétricale, le médecin généraliste, les services de la PMI (Protection maternelle et Infantile) et les psychiatres jouent un rôle majeur.

Il est primordial de repérer un épisode dépressif caractérisé du post-partum le plus tôt possible.

La prise en charge des difficultés sociales est une autre nécessité. Le recours aux services sociaux devra éventuellement être déclenché même si l'intéressée banalise la situation.

5.2.5.2. Traitement

Psychothérapie selon 2 axes : psychothérapie individuelle pour la mère et consultations thérapeutiques mère-bébé.

Traitement médicamenteux :

* par antidépresseur +/– anxiolytique si épisode dépressif sans caractéristique mixte ;
* par thymorégulateur +/– anxiolytique si épisode dépressif avec caractéristiques mixtes ;

* dans le cas d'un épisode avec caractéristiques psychotiques on ajoutera un traitement par antipsychotique (plutôt de seconde génération) ;
* l'ECT peut être indiquée devant un tableau de caractéristiques mélancoliques.

Suivi ambulatoire pluridisciplinaire [psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste et service de la protection maternelle infantile (PMI)].

5.2.5.3. Hospitalisation

Il est à noter que dans les cas d'épisodes dépressifs caractérisés sévères du post-partum, le recours à une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant est actuellement recommandé.

Une hospitalisation en milieu spécialisé doit éventuellement être imposée. En cas de défaillance maternelle grave ou en cas de danger immédiat pour le bébé, la mère doit être séparée de son bébé. Les contacts mère-bébé sont réinstaurés dès que possible et médiatisés par des soignants.

5.3. Épisode maniaque du post-partum

5.3.1. Épidémiologie

Un épisode maniaque dans le post-partum est plus rare qu'un épisode dépressif caractérisé, concernant 1 naissance sur 1 000.

5.3.2. Date de survenue en post-partum

L'épisode débute le plus souvent de façon brutale, dans les semaines après l'accouchement, mais il peut également s'installer au cours du troisième trimestre.

5.3.3. Sémiologie psychiatrique

La symptomatologie est celle de l'épisode maniaque tel que décrit en dehors de la période périnatale (cf. Item 62) mais avec certaines particularités.

Un post-partum blues sévère avec des éléments de confusion ou de bizarrerie est souvent prodromique. **Ces éléments confusionnels peuvent persister lors de l'épisode.**

L'épisode maniaque du post-partum est davantage associé à des caractéristiques mixtes qu'il faudra systématiquement rechercher.

Une **caractéristique psychotique de l'épisode maniaque est également plus fréquente** lors du post-partum qu'en dehors de cette période. Les mécanismes du délire sont classiquement polymorphes et les thématiques centrées sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint.

Le risque majeur est un **risque suicidaire ou d'infanticide**.

Devant le tableau confusionnel il faut penser aux diagnostics différentiels cités dans le cadre de l'épisode psychotique bref ci dessous.

5.3.4. Pronostic/évolution

L'épisode permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire (cf. Item 62). Il restera rarement isolé.

Dans près de la moitié des cas, il y a une récidive au décours d'une grossesse ultérieure : qu'elle se manifeste par un nouvel épisode maniaque ou par un épisode dépressif caractérisé.

5.3.5. Prise en charge

Hospitalisation

* C'est une urgence thérapeutique.
* La patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu spécialisé, avec ou sans son consentement.
* Assurer la sécurité du bébé.
* Traitement médicamenteux par thymorégulateur (cf. Item 62 et 72). En cas de caractéristiques psychotiques associées, on adjoindra un traitement antipsychotique de 2e génération.
* Arrêt de l'allaitement.
* ECT indiquée en fonction de la gravité de la symptomatologie, du risque suicidaire et d'infanticide.

Tout comme dans les épisodes dépressifs caractérisés sévères du post-partum, les épisodes maniaques du post-partum sont une indication à des soins au sein d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant. Cependant, du fait de l'intensité des symptômes, ce n'est possible qu'après une période d'hospitalisation pour la mère seule. Les contacts mère-bébé sont réinstaurés dès que possible et médiatisés par des soignants.

Suivi ambulatoire pluridisciplinaire [psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste et service de la protection maternelle infantile (PMI)], avec psychothérapie individuelle pour la mère et consultations thérapeutiques mère bébé, dès la sortie de l'hospitalisation.

5.4. Épisode psychotique bref

5.4.1. Épidémiologie

Elle concerne 1 à 2 naissances sur 1 000.

5.4.2. Date de survenue en post-partum

Elle débute le plus souvent de façon brutale, dans les 4 premières semaines après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10e jour.

5.4.3. Sémiologie psychiatrique

La symptomatologie est celle de l'épisode psychotique tel que décrit en dehors de la période périnatale mais avec présence de symptômes confusionnels. **Le syndrome délirant de mécanismes polymorphes a souvent une thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint. La participation affective est souvent marquée par une labilité émotionnelle.**

Le risque majeur est un risque suicidaire ou d'infanticide.

Devant le tableau pseudo-confusionnel il faut penser aux diagnostics différentiels : la thrombophlébite cérébrale, la rétention placentaire, les infections, la prise de toxiques ou de médicaments.

5.4.4. Pronostic/évolution

L'évolution se fait dans la majorité des cas vers un trouble psychiatrique chronique (trouble bipolaire essentiellement, parfois schizophrénie). Dans 20 à 30 % des cas, il y a une récidive au décours d'une grossesse ultérieure.

5.4.5. Prise en charge

Hospitalisation

* Il s'agit d'une urgence thérapeutique.
* La patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu spécialisé, avec ou sans son consentement.
* Assurer la sécurité du bébé.
* Traitement médicamenteux par antipsychotique de 2e génération.
* Arrêt de l'allaitement.
* ECT indiquée en fonction de la gravité de la symptomatologie, du risque suicidaire et d'infanticide.

L'indication d'une hospitalisation conjointe (mère et bébé) en unité spécialisée mère-enfant n'est souvent possible qu'après une période d'hospitalisation pour la mère seule, dans le but d'une reprise de contact avec son enfant progressive et médiatisée. Suivi ambulatoire pluridisciplinaire [psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste et service de la protection maternelle infantile (PMI)], avec psychothérapie individuelle pour la mère et consultations thérapeutiques mère bébé, dès la sortie de l'hospitalisation.



Le terme de psychose puerpérale regroupe un ensemble de diagnostics possibles en post-partum à cheval entre les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. Il peut s'agir d'un épisode psychotique bref ou d'un épisode thymique (dépression ou manie, avec ou sans caractéristiques mixtes) avec caractéristiques psychotiques. Cet épisode peut être inaugural d'une pathologie chronique (trouble bipolaire, trouble schizoaffectif ou schizophrénie) ou en être une décompensation ; plus rarement, ce sera un épisode unique.

5.5. Troubles anxieux

Les symptômes anxieux peuvent être isolés ou associés à d'autres entités cliniques du post-partum.

Certains tableaux cliniques présentent des spécificités :

* les phobies d'impulsion sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées. Ces phobies d'impulsion ne sont pas un facteur de risque de passage à l'acte hétéro agressif ;
* un trouble de stress post-traumatique peut marquer les suites d'un accouchement ayant eu lieu en urgence et/ou avec des complications obstétricales.



Les unités mère-enfant

La prise en charge de la pathologie mentale en période périnatale peut, dans le cadre de pathologie sévère et/ou d'un environnement social précaire, se réaliser dans des unités de soins spécialisés appelées UME (Unités Mère-Enfant) ou UMB (Unités Mère-Bébé). Ces unités de soins psychiatriques accueillant des dyades mère-bébé sont largement répandues en Grande-Bretagne depuis plus d'un demi-siècle, mais ne se sont développées dans les pays francophones qu'au cours des années 1980, de manière hétérogène tant au niveau de leur répartition géographique que de leurs pratiques.

L'objectif de ces structures est :

- le soin de la mère,
- associé au travail du lien mère-enfant,
- dans une démarche de prévention des troubles du développement de l'enfant.

La fonction curative ou préventive de ces unités de soins ne peut s'envisager sans un travail pluridisciplinaire, médico-social, de manière conjointe avec les différents partenaires du domaine périnatal. Dans le cadre de pathologies psychiatriques sévères, le travail en UME peut évoluer vers une séparation de la mère et de son enfant, les services sociaux voire le juge des enfants seront alors sollicités.



Résumé

Les facteurs de risque de troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum sont liés au terrain et/ou aux antécédents de la patiente. Ils doivent être repérés pendant le suivi de la grossesse et au décours de l'accouchement. Les troubles psychiatriques sont plus fréquents lors du post-partum que lors de la grossesse. Il s'agit principalement des épisodes dépressifs caractérisés du post-partum et plus rarement de l'épisode maniaque avec caractéristique psychotique et des épisodes psychotiques brefs, avec un risque de suicide et/ou d'infanticide. Les épisodes thymiques de la période périnatale sont à haut risque d'évolution vers un trouble bipolaire. Les soins doivent débuter le plus précocement possible, au cours de la période anténatale et se poursuivre au cours de la période post-natale. Ils se font en réseau selon une prise en charge pluridisciplinaire. Les troubles psychiatriques maternels retentissent sur les interactions précoces entre la mère et le bébé. L'attention et les soins apportés à ces premiers échanges permettent de prévenir l'apparition de troubles psychiques chez le bébé. Les UME sont des unités spécialisées de la psychiatrie périnatale.

68

item 68

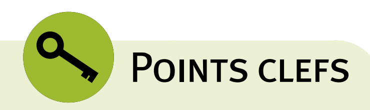
Troubles psychiques du sujet âgé



* Diagnostiquer les principaux troubles psychiques du sujet âgé en tenant compte des particularités épidémiologiques.
* Argumenter l'attitude thérapeutique spécifique et planifier le suivi spécifique des principaux troubles psychiques du sujet âgé.

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/68





Les troubles psychiatriques du sujet âgé, notamment les épisodes dépressifs caractérisés, sont souvent sous-diagnostiqués et font l'objet de prescriptions médicamenteuses parfois inappropriées.
Les troubles psychiatriques du sujet âgé se caractérisent par des spécificités sémiologiques.
La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées se manifestent non seulement par des altérations cognitives mais également par des manifestations psychocomportementales dont il importe de connaître les modalités de prise en charge.
Le risque iatrogène lié à l'utilisation des psychotropes est majeur chez le sujet âgé.

1. Les spécificités cliniques, physiopathologiques et de l'organisation des soins de la psychiatrie du sujet âgé

La psychiatrie de la personne âgée (ou gérontopsychiatrie) est une sur-spécialisation relativement récente de la psychiatrie dont la définition proposée par l'OMS en 1996 indique qu'elle « est une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences ».

La psychiatrie du sujet âgé s'intéresse :

* non seulement aux symptômes psychocomportementaux des démences (troubles neurocognitifs majeurs) ;
* mais aussi à tous troubles psychiatriques de la personne âgée (dont l'âge seuil a été fixé à 65 ans).

On peut distinguer deux grands types de troubles psychiatriques chez le sujet âgé :

* d'une part, les troubles psychiatriques qui sont apparus à un âge plus jeune et qui évoluent avec le vieillissement (la schizophrénie ou le trouble bipolaire par exemple) ;
* et d'autre part, les troubles psychiatriques qui se déclarent tardivement, à un âge avancé (les formes tardives de schizophrénie ou de trouble dépressif caractérisé par exemple).

Comme pour la gériatrie, les spécificités du vieillissement s'appliquent à la psychiatrie de la personne âgée.

Le vieillissement expose aux événements de vie de type perte, deuil, à la fragilisation tant psychologique que corporelle, à la perte d'autonomie et aux éventuelles difficultés financières. Par exemple, la forte comorbidité entre troubles psychiatriques et pathologies non-psychiatriques chez le sujet âgé modifie significativement la sémiologie et la prise en charge des troubles. Ainsi, l'utilisation des psychotropes chez le sujet âgé est un véritable enjeu à la fois individuel et de santé publique, notamment en raison du risque iatrogène élevé dans cette population.

L'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé est en plein essor, même s'il existe encore des disparités importantes d'un territoire à l'autre. Elle se décline :

* en unités d'hospitalisation complète dédiées (unités de psychiatre de la personne âgée, unités cognitivo-comportementales – UCC) ;
* en hôpitaux de jour (d'évaluation pluridisciplinaire ou d'alternative à l'hospitalisation complète) ;
* et en offre de soins ambulatoires (consultations, équipes mobiles, équipes de liaison).

2. Les principaux troubles psychiques du sujet âgé

2.1. Troubles de l'humeur et troubles anxieux

2.1.1. Épidémiologie

Le trouble dépressif caractérisé est une pathologie fréquente chez le sujet âgé. En population générale, on estime que 1 à 4 % des personnes âgées de plus de 65 ans souffrent d'un épisode dépressif caractérisé (EDC).

Contrairement à une idée reçue, l'âge n'est pas en soi un facteur de risque de dépression. Il n'est donc pas normal de « souffrir et d'être triste quand on vieillit ». Néanmoins, plusieurs facteurs de risque d'EDC se retrouvent préférentiellement chez la personne âgée :

* les pathologies non-psychiatriques ;
* la perte d'autonomie ;
* les événements de vie stressants (décès de proches, du conjoint, changement de lieu de vie, notamment l'entrée en institution).

Les patients âgés sont exposés ainsi à une sommation de facteurs de stress et de facteurs réduisant les stratégies d'ajustement (cf. Item 01). Les connaître permet de prévoir le risque d'EDC et d'en assurer le dépistage précoce (cf. Item 58).



La prévalence des symptômes dépressifs considérés comme cliniquement significatifs est estimée à plus de 10 % chez le sujet âgé. En outre, la plupart des patients âgés dépressifs ne répondent pas aux critères d'EDC alors même qu'ils souffrent de symptômes dépressifs invalidants dont il a été montré qu'ils augmentent la morbi-mortalité et altèrent le pronostic fonctionnel et la qualité de vie. Il est possible que cette contradiction soit le fait d'un biais méthodologique lié à l'atypie symptomatique de l'épisode dépressif du sujet âgé rendant son diagnostic standardisé plus délicat (mauvaise adaptation des critères aux particularités sémiologiques du sujet âgé).

De surcroît, les études épidémiologiques tendent à montrer que l'épisode dépressif du sujet âgé n'est pas toujours bien identifié, avec près de 50 % des sujets âgés dépressifs qui ne seraient pas diagnostiqués et donc non traités. Enfin, les résidents des EHPAD sont particulièrement exposés au risque de dépression, avec près de 15 % d'entre eux qui souffriraient d'un EDC et 35 % qui présenteraient des symptômes dépressifs.

En population générale, la prévalence des troubles anxieux du sujet âgé est évaluée à plus de 10 %, le trouble anxieux généralisé et les phobies étant les plus fréquents.

Il y a peu de données concernant le trouble bipolaire, mais il s'agirait d'une pathologie un peu moins fréquente chez le sujet âgé, du fait de l'effet « cohorte » (mortalité prématurée par suicide ou comorbidités non-psychiatriques des patients bipolaires).

2.1.2. Sémiologie

2.1.2.1. L'épisode dépressif caractérisé

Les critères diagnostiques de l'EDC du sujet âgé sont les mêmes que pour le sujet jeune (cf. Item 64).

Il existe néanmoins certaines spécificités chez la personne âgée :

* le risque suicidaire est élevé, les sujets âgés représentant la tranche de la population la plus exposée au risque suicidaire (cf. Item 348) ;
* Le ratio tentatives de suicide/suicides est beaucoup plus faible chez les sujets âgés (4/1) que chez les adolescents (200/1) ou qu'en population générale (20/1), ce qui signifie que quand il passe à l'acte, le sujet âgé a une probabilité beaucoup plus élevée d'en mourir. Ainsi, tout EDC et/ou toute évocation d'idées suicidaires doit conduire à une évaluation fine du risque de passage à l'acte suicidaire ;
* un EDC du sujet âgé peut s'exprimer cliniquement par des symptômes qui ne font pas évoquer de manière évidente un syndrome dépressif. Le motif de consultation n'est en effet pas une humeur dépressive, mais des symptômes généraux d'allure non-psychiatrique, le plus souvent : des manifestations gastro-intestinales, ostéo-articulaires, des troubles du sommeil, de l'appétit, des plaintes mnésiques ;
* les symptômes psychotiques ne sont pas rares dans l'EDC du sujet âgé et sont, le plus souvent, des idées de préjudice, de persécution, de jalousie, de culpabilité, du registre hypocondriaque ou un syndrome de Cotard ;
* les symptômes dépressifs sont souvent associés à des pathologies non-psychiatriques chez le sujet âgé. Cette association est bidirectionnelle, c'est-à-dire que certaines pathologies non-psychiatriques (principalement les maladies neurodégénératives et les maladies cardiovasculaires) augmentent le risque de développer un EDC, et qu'à l'inverse un EDC augmente le risque de survenue ou d'aggravation de certaines pathologies non-psychiatriques ;
* l'EDC de début tardif (1er épisode après 65 ans) est associé à davantage de troubles cognitifs, d'anomalies à l'imagerie cérébrale et à un risque plus élevé d'évolution vers une maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Un EDC du sujet âgé doit être suspecté et dépisté devant une plainte d'allure dépressive mais aussi devant des symptômes généraux d'allure non-psychiatriques.

Les signes d'appel les plus fréquents rapportés par le patient et/ou son entourage sont les suivants :

* plaintes médicales d'allure non-psychiatrique (douleurs gastro-intestinales, articulaires…) ;
* plainte anxieuse ;
* plainte mnésique ;
* difficultés de concentration ;
* insomnie ;
* perte d'appétit ;
* amaigrissement ;
* asthénie ;
* désintérêt pour les activités habituelles ;
* irritabilité ;
* changement de comportement.

Devant ces signes d'appel, la meilleure façon de dépister un EDC est d'interroger le patient sur :

* la tristesse qu'il peut ressentir ;
* ses idées de dévalorisation, de découragement, de mort ;
* ses idées suicidaires ;
* ses pertes récentes d'intérêt et de plaisir.

2.1.2.2. Les troubles anxieux

Il existe peu de spécificités cliniques liées à l'âge pour les troubles anxieux qui répondent aux mêmes critères diagnostiques chez le sujet âgé que chez le sujet plus jeune (cf. Item 64). Le trouble panique est plus rare chez le sujet âgé et, comme chez l'adulte jeune, ne doit pas faire méconnaître une pathologie non-psychiatrique sous-jacente (syndrome coronarien, trouble du rythme cardiaque, embolie pulmonaire…).

2.1.2.3. Les troubles bipolaires et dépressifs récurrents

L'EDC du sujet âgé peut s'inscrire dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif récurrent. Ainsi, 15 à 20 % des troubles bipolaires sont diagnostiqués après 55 ans. Comme chez l'adulte jeune, la prise en charge n'est pas la même en cas d'EDC isolé ou en cas de trouble uni ou bipolaire (cf. Item 64). La présentation clinique du trouble bipolaire du sujet âgé diffère peu de celle de l'adulte jeune.



Dépression mineure/subsyndromique, dysthymie et trouble de l'adaptation

La dépression mineure (ou subsyndromique) est fréquente chez le sujet âgé. Elle se caractérise par la présence de symptômes dépressifs invalidants mais en nombre insuffisant pour pouvoir poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. La dépression mineure est une situation à risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé et est en soi associée à un mauvais pronostic fonctionnel. Néanmoins, nous disposons de peu de données sur la façon de prendre en charge ce trouble.

Comme chez l'adulte jeune, la dysthymie correspond à une humeur dépressive chronique évoluant pendant au moins 2 ans, et le trouble de l'adaptation à une réaction émotionnelle (tristesse de l'humeur et/ou anxiété) à un stress identifié. Il y a peu de spécificités de ces troubles chez le sujet âgé et ils doivent être évalués et pris en charge comme chez l'adulte non âgé (cf. Item 64).

2.1.3. Diagnostic positif

Comme chez l'adulte jeune, le diagnostic d'EDC est retenu en utilisant les critères DSM/CIM (cf. Item 64).

Parallèlement, il faut caractériser l'EDC :

- en évaluant l'ancienneté des symptômes, en les situant par rapport à d'éventuels antécédents familiaux et personnels de troubles de l'humeur (épisode dépressif à début tardif ? trouble dépressif récurrent ? trouble bipolaire ?) ;
- en recherchant les comorbidités non-psychiatriques (douleurs, maladies cardiovasculaires, cancers, maladies neurologiques, neurodégénératives…) et psychiatriques (troubles anxieux, addictions, troubles de la personnalité…) ;
- en évaluant le contexte de vie du patient (décès du conjoint, de proches, isolement, difficultés financières, entrée en institution…).

Les éléments de gravité de l'EDC sont à rechercher, en premier lieu, par l'évaluation du risque suicidaire avec l'identification des facteurs de risque, de l'intentionnalité suicidaire et de la dangerosité des moyens envisagés (existence d'un scénario) (cf. Item 348).

Les symptômes délirants sont à évaluer (idées délirantes de persécution, d'incurie, de culpabilité, de ruine, syndrome de Cotard…).

Le retentissement fonctionnel et médical non-psychiatrique est également à évaluer (perte d'autonomie, dénutrition…).

Le trouble bipolaire et les troubles anxieux sont diagnostiqués selon les mêmes critères nosographiques (DSM/CIM) que l'adulte jeune, en insistant sur la recherche des comorbidités médicales non-psychiatriques.

2.1.4. Diagnostics différentiels

2.1.4.1. Les pathologies médicales non-psychiatriques

Les diagnostics différentiels concernent d'abord les pathologies non-psychiatriques.

Les troubles ioniques, métaboliques, neurologiques et cardiovasculaires doivent être recherchés.

Un examen clinique complet est indispensable et orientera le bilan paraclinique éventuellement nécessaire.

Ce bilan peut ainsi comprendre selon les points d'appel : NFS, ionogramme sanguin, calcémie, albuminémie, TSH, vitamines B9-B12, ECG, imagerie cérébrale…

2.1.4.2. Les troubles psychiatriques

Les diagnostics différentiels psychiatriques concernent principalement les troubles délirants (cf. infra) lorsque la symptomatologie dépressive comporte des symptômes psychotiques, les troubles somatoformes et les troubles de l'adaptation.

2.1.4.3. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées comprennent à la fois des symptômes cognitifs mais aussi des symptômes psychocomportementaux. Parmi ces derniers, il n'est pas toujours aisé de distinguer ceux qui relèvent d'un EDC de ceux qui relèvent du processus neurodégénératif (cf. infra). Par exemple, l'anhédonie (retrouvée dans un EDC) et l'apathie se confondent souvent, l'apathie étant principalement rencontrée dans les troubles neurocognitifs majeurs.

2.1.5. Prise en charge psychiatrique

L'orientation du patient vers une prise en charge spécialisée se justifie notamment en cas d'éléments de gravité et/ou de symptômes sévères. L'orientation vers une hospitalisation, éventuellement sans consentement, peut se justifier en cas de symptômes dépressifs sévères ou graves mettant en jeu le pronostic fonctionnel et/ou vital. La prise en charge du risque suicidaire est souvent le motif principal d'hospitalisation.

Le choix du traitement du trouble de l'humeur ou du trouble anxieux dépend de la sévérité des symptômes. Dans tous les cas, un suivi et une réévaluation régulière sont nécessaires. Un soutien psychologique et une psychothérapie peuvent être proposés. L'adaptation du contexte de vie du patient, pour en limiter les éléments stressants et favoriser les facteurs protecteurs, est à envisager.

De nombreux médicaments (psychotropes, cardiotropes, antalgiques, anticancéreux, antihormonaux…) favorisent la survenue de symptômes dépressifs et l'adaptation du traitement du patient peut limiter le risque iatrogène de syndrome dépressif induit.

Si les symptômes sont d'intensité légère, ces prises en charge peuvent permettre d'obtenir une rémission des symptômes en quelques semaines.

En cas de symptômes d'intensité modérée ou sévère, la prescription d'un traitement antidépresseur se justifie, en privilégiant les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) (cf. infra).

Chez la personne âgée, le principe est de privilégier les molécules les mieux tolérées. Le rapport efficacité/tolérance est en effet un critère de choix encore plus important que chez le sujet plus jeune. Dans les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles anxieux, les médicaments de première intention sont les antidépresseurs sérotoninergiques : inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS). Le traitement du trouble bipolaire du sujet âgé repose sur l'utilisation de thymo-régulateurs, en particulier sur le lithium (cf. infra).

2.2. Troubles psychotiques vieillis et tardifs

2.2.1. Épidémiologie

La schizophrénie, qui se déclare la plupart du temps à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, n'est pas rare dans la population des plus de 65 ans. En effet, avec l'allongement de l'espérance de vie, de nombreux patients souffrant de schizophrénie atteignent maintenant un âge avancé.

La prévalence de la schizophrénie dans la population âgée est tout de même inférieure à celle retrouvée dans la population adulte jeune (0,6 % vs 1 %). Il y a probablement plusieurs raisons à cela :

* d'une part, une rémission complète des symptômes est possible pour certains patients schizophrènes ;
* et d'autre part, le taux de mortalité prématurée, avant 65 ans, est 2 à 3 fois plus élevé chez les patients schizophrènes qu'en population générale.

La première cause de cette surmortalité précoce reste le suicide, mais toutes les causes naturelles sont également surreprésentées, notamment les maladies cardiovasculaires, respiratoires ou cancéreuses. En plus des patients schizophrènes qui vieillissent, il existe des formes de schizophrénie à début tardif, au-delà de 40 ans, voire très tardif, au-delà de 60 ans.

Mais les troubles psychotiques du sujet âgé ne comprennent pas uniquement les troubles schizophréniques. En effet, les autres troubles délirants (cf. Item 63) ne sont pas rares.

2.2.2. Sémiologie

2.2.2.1. La schizophrénie vieillissante

Les critères diagnostiques et les symptômes de la schizophrénie vieillissante (du sujet âgé ayant déclenché sa schizophrénie au début de l'âge adulte) sont sensiblement les mêmes que ceux du sujet jeune (cf. Item 61).

2.2.2.2. La schizophrénie tardive et très tardive

La schizophrénie tardive (début après 40 ans) et très tardive (début après 60 ans) se distinguent par :

* une prédominance féminine ;
* davantage d'hallucinations (visuelles, cénesthésiques, olfactives) et d'idées délirantes de persécution ;
* moins de symptômes de désorganisation et de symptômes négatifs, et plus de déficits sensoriels.

Soulignons que la schizophrénie tardive fut individualisée, dans la nosographie française, sous le nom de PHC (Psychose hallucinatoire chronique), dans le cadre des troubles délirants chroniques, avec la paranoïa et la paraphrénie.

2.2.2.3. Les troubles délirants

Les troubles délirants (ou troubles délirants persistants selon la classification CIM) sont fréquents chez le sujet âgé. Ils se distinguent de la schizophrénie par la présence isolée d'idées délirantes sans symptômes de désorganisation, ni de symptômes négatifs ou d'hallucinations.

2.2.3. Diagnostic positif

Le diagnostic positif de schizophrénie, qu'elle soit vieillie ou de début tardif, et du trouble délirant repose sur les critères DSM/CIM (cf. Items 61 et 63).

La caractérisation sémiologique repose sur l'identification des symptômes positifs, négatifs et de désorganisation, en insistant sur le retentissement fonctionnel. Les mécanismes (interprétatif, hallucinatoire, imaginatif…), les thématiques (persécution, mystique…) et l'adhésion (degré de conviction) aux idées délirantes doivent être également caractérisés.

Les éléments de gravité sont à rechercher, et en premier lieu, la présence d'un EDC comorbide et/ou d'un risque suicidaire. Le retentissement fonctionnel et cognitif est à évaluer également ainsi que les comorbidités non-psychiatriques éventuelles.

2.2.4. Diagnostics différentiels

2.2.4.1. Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques

Comme chez l'adulte jeune, les symptômes thymiques sont fréquents dans la schizophrénie et il est parfois difficile de distinguer la schizophrénie des troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques (cf. Item 61).

2.2.4.2. Symptômes psychocomportementaux de la démence

Les symptômes psychotiques sont fréquents dans la démence. Les idées délirantes dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés correspondent souvent à des idées de persécution et/ou à des troubles de l'identification en lien avec les troubles cognitifs (cf. infra). La maladie d'Alzheimer et troubles apparentés restent la première cause de symptômes psychotiques chez le sujet âgé du fait de leur prévalence. Les hallucinations visuelles peuvent notamment constituer des manifestations précoces de la démence à corps de Lewy, pour laquelle la prescription d'antipsychotiques reste déconseillée en raison des symptômes extrapyramidaux fréquemment induits.

2.2.4.3. Syndrome psychotiques d'origine non-psychiatrique ou induits par une substance psychoactive

La confusion (cf. Item 63) est un syndrome très fréquent du sujet âgé, souvent associée à des symptômes psychotiques, notamment des hallucinations visuelles d'apparition brutale et qui disparaissent avec l'amélioration de la confusion. Les autres causes de troubles psychotiques d'origine médicale non-psychiatrique incluent les pathologies neurologiques, métaboliques et endocriniennes. Également, certaines substances, comme les morphiniques ou les psychotropes, peuvent induire des symptômes psychotiques au même titre que le sevrage des benzodiazépines ou de l'alcool. En général, l'arrêt et/ou le sevrage complet de ces substances conduit à la rémission des symptômes psychotiques.

2.2.5. Prise en charge psychiatrique

Le traitement pharmacologique des sujets âgés avec schizophrénie ou trouble délirant repose sur l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération qui, à des doses modérées, ont un profil efficacité/tolérance satisfaisant.

La prise en charge de la schizophrénie ne se limite pas à la prescription d'antipsychotiques mais doit être globale. Elle doit comprendre la surveillance des facteurs de risque médicaux non-psychiatriques, notamment vasculaires, et viser à limiter les conséquences fonctionnelles et cognitives de la maladie (cf. Item 117).

2.3. Symptômes psychiatriques des pathologies neurodégénératives et cérébrovasculaires

2.3.1. Épidémiologie

La description princeps par Aloïs Alzheimer de la maladie qui portera son nom concernait une patiente de 51 ans dont les manifestations cliniques initiales étaient des idées délirantes de persécution et de jalousie. Secondairement, se sont installées des altérations mnésiques et aphaso-apraxo-agnosiques, puis une apathie sévère qui a conduit au décès de la patiente par complication de décubitus.

Dès la première description donc, les manifestations psychocomportementales sont apparues comme faisant partie intégrante du tableau clinique de la maladie d'Alzheimer. On sait désormais qu'il ne s'agit pas de simples comorbidités psychiatriques, mais que ces manifestations sont présentes chez plus de 80 % des patients avec maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Les symptômes affectifs et comportementaux sont souvent de survenue précoce. Ils peuvent avoir des conséquences sévères pour le patient et son entourage. Ils sont en grande partie responsables de l'épuisement des soignants et des proches et se révèlent le motif le plus fréquent d'entrée en institution.

Le terme de SPCD (symptômes psychologiques et comportementaux des démences) a été proposé par une conférence de consensus, pour décrire l'ensemble de ces manifestations non cognitives.

Il existe plusieurs types de SPCD. Si l'on se réfère à l'échelle psychométrique du NPI (NeuroPsychiatric Inventory), la plus utilisée pour les caractériser, on en identifie 12.

Les altérations les plus fréquentes et souvent les plus précoces sont les symptômes dits de retrait, que sont l'apathie et les symptômes dépressifs. Leur prévalence respective est estimée à 60 % et 50 % en moyenne.

Les symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations) sont également fréquents, et sont souvent d'apparition plus tardive au cours des troubles neurocognitifs majeurs.

Les autres SPCD sont :

* l'agitation / l'agressivité (bien que différentes, chacune pouvant aller sans l'autre) ;
* l'anxiété ;
* l'euphorie ;
* la désinhibition ;
* l'irritabilité ;
* les comportements moteurs aberrants (notamment les stéréotypies) ;
* les troubles du sommeil ;
* et les troubles de l'appétit.

2.3.2. Sémiologie

Les idées délirantes sont classiquement de deux ordres dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés. Il s'agit d'idées de persécution (le patient croit être en danger et/ou que des personnes lui veulent du mal) et des troubles de l'identification. Ces derniers correspondent à une interprétation erronée généralement en lien avec les altérations mnésiques et sensorielles. Les plus fréquentes sont les convictions délirantes que le patient se fait voler des objets, qu'il occupe un domicile qui n'est pas le sien, qu'une autre personne habite chez lui.

Dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés, ce sont les hallucinations visuelles qui sont les plus fréquentes. Elles sont favorisées par les déficits sensoriels qu'il convient de corriger. La présence d'hallucinations visuelles importantes doit faire évoquer une confusion ou une démence à corps de Lewy (dont c'est un critère diagnostique).

Les **symptômes dépressifs** dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés prennent rarement la forme d'un épisode dépressif caractérisé. Il s'agit le plus souvent de tristesse de l'humeur, de culpabilité, de pessimisme et d'idées de mort. Le risque suicidaire est à évaluer systématiquement.

L'**apathie** se caractérise par une démotivation et une perte ou une réduction de l'initiation et/ou des réponses du patient dans les domaines des comportements, des cognitions et des émotions, ce qui se traduit notamment par une diminution des conduites spontanées et par un émoussement voire une indifférence émotionnelle. L'apathie diffère sémiologiquement de la dépression (même si les deux syndromes comportent des symptômes communs, comme la perte des intérêts), mais également au plan pathogénique.

L'anxiété peut se manifester par des symptômes d'attaque de panique, des ruminations, des cris ou des questionnements répétitifs. L'agitation, l'agressivité et l'irritabilité correspondent souvent à des accès de colère avec violence et opposition. L'euphorie se caractérise par une joie excessive, une tendance à la régression puérile et à l'humour excessif. La désinhibition correspond à une tendance à l'impulsivité et à une hyper-familiarité avec perte des convenances. Elle s'inscrit souvent dans un syndrome frontal.

2.3.3. Diagnostic positif

Dans les maladies d'Alzheimer et apparentées, l'évaluation des SPCD doit être systématique, au même titre que les fonctions cognitives. Elle se fait avec le patient mais aussi avec ses proches. Elle consiste en :

* l'identification des SPCD, au besoin à l'aide d'échelles psychométriques comme le NPI ;
* l'appréciation sémiologique précise (notamment pour la distinction entre idées délirantes et troubles de l'identification, ou encore pour la distinction entre anhédonie et apathie) ;
* l'évaluation du contexte cognitif, médical non-psychiatrique, environnemental du patient ;
* l'appréciation du degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel ;
* le retentissement sur les proches du patient.

Les SPCD ont souvent une origine multifactorielle et doivent faire l'objet d'une enquête étiologique. En particulier, les causes médicales non-psychiatriques sont à rechercher en premier lieu.

Un examen médical général, éventuellement complété par des examens paracliniques, recherchera notamment une douleur insuffisamment soulagée, un fécalome, un globe vésical, une infection, etc.

Enfin, les changements environnementaux et/ou les événements de vie stressants favorisant les SPCD sont à identifier.

2.3.4. Diagnostics différentiels

2.3.4.1. Les pathologies non-psychiatriques

Comme les démences avec SPCD, le syndrome confusionnel comprend à la fois des troubles cognitifs et des manifestations psychiatriques. Contrairement aux SPCD, le syndrome confusionnel comprend des symptômes d'apparition brutale en rapport avec une affection médicale non-psychiatrique aiguë (cf. Item 63). Les symptômes fluctuent dans la journée ; l'altération de la vigilance et la désorientation temporo-spatiale sont marquées. Les manifestations psychiatriques prédominantes comprennent généralement une agitation et des hallucinations visuelles.

2.3.4.2. Les troubles psychiatriques

Les SPCD peuvent se confondre avec les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles psychotiques.

2.3.5. Prise en charge psychiatrique

La prise en charge d'un patient avec SPCD est globale. Elle intéresse à la fois le patient, son environnement et les interactions avec ses proches. Le traitement d'une cause éventuelle aux SPCD est prioritaire, que ce soit une origine médicale non-psychiatrique, psychiatrique ou iatrogène. Les approches non médicamenteuses sont à privilégier. L'éducation des proches (et des soignants en EHPAD) aux techniques de soins permet souvent de diminuer les SPCD. Les interventions non médicamenteuses par des équipes spécialisées peuvent être indiquées également, notamment par le biais de structures d'accueil spécialisées dans la prise en charge des patients avec maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer (inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et antiglutamate) ont montré une efficacité modeste sur les SPCD et peuvent être prescrits dans le cadre de la prise en charge globale d'une maladie d'Alzheimer.

Une hospitalisation est indiquée en cas de risque vital, de mise en danger du patient ou des proches, lorsque les modifications thérapeutiques envisagées requièrent une surveillance médicale rapprochée, ou en cas de risque de maltraitance. L'hospitalisation sans consentement et les mesures de contention physique doivent rester exceptionnelles.

La prescription de psychotropes est réservée aux SPCD avec un retentissement sévère et en cas d'échec des mesures non pharmacologiques.

En cas d'urgence, un traitement sédatif de courte durée peut être indiqué. Il repose souvent sur l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération, en particulier la rispéridone 0,25 à 1 mg/jour qui a une AMM dans cette indication. Certains IRS, comme le citalopram, ont également démontré une certaine efficacité dans l'agitation du sujet dément.

Les antipsychotiques ne sont pas indiqués dans les troubles de l'identification. Ils restent réservés aux symptômes psychotiques (hallucinations et éléments délirants) et aux troubles du comportement perturbateurs sévères (agitation, agressivité). Les antidépresseurs ne sont pas indiqués dans l'apathie, qu'ils ont tendance à majorer. Dans tous les cas, le rapport bénéfice/risque est à évaluer régulièrement et le traitement à arrêter dès que possible, le risque iatrogène étant élevé dans la population des patients avec SPCD.

3. Psychopharmacologie et vieillissement

3.1. Particularités de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé

La surconsommation des psychotropes est un problème de santé publique qui concerne particulièrement les sujets âgés. En France, une personne de plus de 70 ans sur 2 bénéficie d'une prescription de psychotrope. Les benzodiazépines seraient prescrites régulièrement à plus d'un tiers des personnes de plus de 65 ans. En outre, 3 % des plus de 65 ans, près de 6 % des personnes de plus de 85 ans et 18 % des patients avec une maladie d'Alzheimer consomment de façon régulière des antipsychotiques. Enfin, 13 % des plus de 65 ans et 18 % des plus de 85 ans consomment des antidépresseurs.

Au-delà du coût financier, les psychotropes sont responsables d'une grande partie des accidents iatrogènes chez le sujet âgé. Les études épidémiologiques montrent une inadéquation entre diagnostic psychiatrique et traitement psychotrope, aussi bien dans le sens de l'absence d'un usage en présence d'un trouble avéré que dans celui d'un usage en l'absence de trouble avéré. Par exemple, il a été montré qu'un tiers des sujets avec un épisode dépressif caractérisé de plus de 65 ans bénéficie d'un traitement antidépresseur, alors qu'un autre tiers consomme uniquement des anxiolytiques et que le dernier tiers ne reçoit aucun traitement psychotrope. De plus, les anxiolytiques et les hypnotiques sont souvent prescrits en l'absence de diagnostic psychiatrique établi. En outre, 2 fois sur 3, les anxiolytiques et les hypnotiques sont prescrits au-delà de 3 mois, dépassant ainsi les recommandations de bonne pratique.

Le vieillissement provoque une diminution physiologique des capacités fonctionnelles de la plupart des organes du corps humain. La prise en compte de ces modifications et de leurs conséquences en termes de pharmacocinétique et de pharmacodynamie est nécessaire à une bonne prescription des psychotropes.

Enfin, les personnes âgées sont sujettes à la polymédication et ainsi exposées au risque d'interactions médicamenteuses.

La prudence face au risque d'effets indésirables implique une rigueur dans la prescription. Il s'agit avant tout de ne pas nuire. Les règles fondamentales sont les suivantes :

* débuter à une posologie en général plus faible que chez l'adulte jeune ;
* les augmentations posologiques, lorsqu'elles sont nécessaires, doivent se faire lentement (règle dite du « *start low, go slow* ») ;
* il est recommandé de ne prescrire qu'un seul psychotrope par classe, en évitant les associations et en modifiant un seul psychotrope à la fois ;
* enfin, peut-être plus encore que chez l'adulte jeune, il semble important d'évaluer régulièrement l'efficacité en recourant au besoin à des échelles validées chez le sujet âgé afin de s'assurer que le traitement est utile.

3.2. Principales classes de psychotropes et modalités d'usage chez le sujet âgé

3.2.1. Les anxiolytiques

Les benzodiazépines sont le traitement de référence face à des symptômes anxieux aigus. Elles sont efficaces rapidement et bien tolérées chez le sujet âgé, si la prescription respecte les recommandations de bonne pratique :

* faible posologie ;
* durée de prescription limitée, dans tous les cas au maximum 12 semaines pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques ;
* et privilégier les molécules à demi-vie courte (< 20 heures) (oxazépam, lorazépam).

Les benzodiazépines ne sont pas recommandées dans le traitement des troubles anxieux chroniques (cf. Item 177).

Les effets indésirables des benzodiazépines (cf. Item 177) peuvent être particulièrement marqués chez le sujet âgé, notamment la sédation, les troubles cognitifs, les risques de chute et le risque de dépendance.

Face à une prescription au long cours de benzodiazépines, il est recommandé d'envisager un sevrage progressif, limitant le risque d'effets indésirables à court et long termes.

3.2.2. Les antidépresseurs

Les IRS (citalopram, sertraline…) sont le traitement de première intention des épisodes dépressifs caractérisés du sujet âgé en raison de leur efficacité et de leur tolérance. Ils exposent aux mêmes effets indésirables que chez le sujet jeune (cf. Item 177), notamment aux effets digestifs et au risque de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH).

Contrairement aux antidépresseurs tricycliques qui sont déconseillés en première intention chez le sujet âgé, les IRS sont moins à risque d'effets anticholinergiques et d'effets indésirables cardiaques (quoique certains aient été associés à un risque d'allongement du QT).

D'autres antidépresseurs peuvent être utilisés chez le sujet âgé. Les IRSNa (venlafaxine, duloxétine, milnacipran) sont efficaces et globalement bien tolérés chez le sujet âgé. La mirtazapine et la miansérine sont également efficaces et globalement bien tolérées chez le sujet âgé.

À l'inverse, les antidépresseurs tricycliques (ou imipraminiques - clomipramine, amitriptyline… –) sont déconseillés chez le sujet âgé en raison de leurs effets indésirables importants, notamment cardiotoxiques (augmentation du QT) et anticholinergiques.

3.2.3. Les thymorégulateurs

Les principes de l'utilisation des thymorégulateurs chez le sujet âgé sont sensiblement identiques à ceux de l'adulte plus jeune (cf. Item 177), avec cependant un risque d'effets secondaires plus élevé. Comme pour l'adulte jeune, le traitement de référence est le lithium mais l'élimination rénale du lithium complique son utilisation chez la personne âgée dont la clairance rénale est souvent diminuée. De plus, le lithium interagit avec de nombreux médicaments couramment prescrits chez le sujet âgé (diurétiques, IEC, AINS…).

Les anticonvulsivants (acide valproïque, lamotrigine…) sont des alternatives au traitement du trouble bipolaire chez le sujet âgé mais ils exposent également à des effets indésirables sévères.

3.2.4. Les antipsychotiques

Les antipsychotiques de seconde génération (rispéridone, olanzapine, aripiprazole…) ont moins d'effets secondaires que les antipsychotiques de première génération, en particulier moins de symptômes extrapyramidaux et anticholinergiques. Néanmoins, le sujet âgé reste particulièrement exposé au risque de symptômes parkinsoniens qui peuvent apparaître précocement après le début du traitement et au risque d'effets anticholinergiques qui peuvent être particulièrement délétères chez le sujet âgé. En outre, les antipsychotiques exposent à des risques cardiovasculaires potentiellement graves.

Enfin, chez le patient avec maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, la prescription d'antipsychotiques de seconde génération est associée à une surmortalité notamment par accident vasculaire

cérébral. Leur utilisation dans les SPCD doit donc être prudente et doit se limiter aux états délirants et/ou hallucinatoires, ainsi qu'aux troubles du comportement perturbateurs sévères (agitation, agressivité). Parmi les antipsychotiques de deuxième génération, la rispéridone est le traitement de première intention, recommandé dans la plupart des troubles psychotiques du sujet âgé, en particulier en raison d'un moindre risque d'effets parkinsoniens et de sa demi-vie courte (6 h).



Résumé

Les troubles psychiatriques du sujet âgé sont fréquents et présentent des spécificités tant dans leur présentation clinique que dans leur prise en charge, notamment en raison des comorbidités médicales non-psychiatriques et de l'évolution de l'environnement socio-affectif.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, associés à des conséquences fonctionnelles majeures et à un risque suicidaire élevé, ne sont pas toujours faciles à identifier.

La schizophrénie et les autres troubles délirants ne sont pas rares chez le sujet âgé et peuvent, dans certains cas, se déclarer tardivement, après 40 ans, voire après 60 ans.

Il faut également insister sur les symptômes psychiatriques et psychocomportementaux associés aux pathologies médicales non-psychiatriques, et tout particulièrement aux maladies neurodégénératives et cérébrovasculaires. Ils répondent eux aussi à une sémiologie et une prise en charge spécifiques.

Enfin, il convient de connaître les particularités de l'utilisation des psychotropes chez le sujet âgé pour optimiser les prises en charge et limiter le risque de prescriptions inappropriées aux effets iatrogènes délétères.



Références pour approfondir







Haute Autorité de Santé, « Dépression chez la personne âgée », 2010, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression

Haute Autorité de Santé, « Prescription des Psychotropes chez le Sujet Âgé (Psycho SA) », *Programme Pilote 2006-2013*, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013

Haute Autorité de Santé, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », 2012, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs

Clément J.-P. *et al.*, *Psychiatrie de la personne âgée*, Éditions Lavoisier, Médecine-Sciences/Flammarion, 2010, 646 p. (une nouvelle édition à paraître en 2016).

Schuster J.-P., Manetti A., Aeschimann M., Limosin F., « Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associées », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11(2), 2013, p. 181-185.

Desmidt T., Camus V., « Psychotropes et sujet âgé », *EMC [Elsevier Masson Consulte] – Psychiatrie*, 8(2), 2011, p. 1-13.

Limosin F., « Le lithium chez le sujet bipolaire âgé », *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 2014 p. 234-237.

141

Item 141

Deuil normal et pathologique

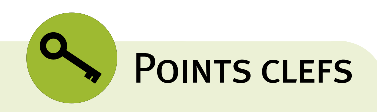


* Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes de prévention et d'accompagnement.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/141





Le deuil normal est un processus qui répond à une certaine dynamique qu'il convient de connaître.
Le deuil complexe persistant (ou pathologique, ou prolongé, ou compliqué) correspond à la persistance, pendant plus de 12 mois (ou 6 mois pour les enfants), de symptômes psychiatriques sévères et invalidants.
Lorsqu'un trouble psychiatrique est identifié au décours d'un deuil, en particulier un épisode dépressif caractérisé, il convient de le prendre en charge de la même manière que s'il était survenu dans un autre contexte.

1. Le processus du deuil

1.1. Définition

Le deuil correspond aux réactions :

* émotionnelles,
* cognitives,
* comportementales,
* et socioculturelles,

face à la perte par la mort d'une personne proche à laquelle on était significativement attaché (comme un parent, un conjoint, un ami). Il fait partie de la trajectoire de vie de chacun et correspond à une réaction « normale » pour la majorité des personnes.

Le deuil ne se résume pas à une simple douleur morale ; c'est **un processus** dont l'évolution vers un apaisement et une réorganisation est indispensable pour traverser la difficulté existentielle et éviter une complication vers un **deuil complexe persistant** ou un **épisode dépressif caractérisé** (cf. Item 64).

Il est classique de distinguer **3 phases dans le processus de deuil** (qui ne se succèdent cependant pas forcément de manière chronologique et peuvent être entremêlées ou simultanées) :

* **la phase du choc de la perte** avec souvent un état de sidération affective (parfois associée à des symptômes du syndrome dissociatif) et un abattement ;
* **l'état émotionnel douloureux relié à l'état de manque du défunt** (tristesse, angoisse, colère, désespoir, culpabilité, etc.) ;
* **la réorganisation** avec acceptation de la réalité de perte et adaptation à une vie quotidienne réinvestie dans un environnement où le défunt est absent.

1.2. Les conséquences du deuil

Le deuil constitue un événement de vie douloureux. **Le deuil est un facteur de stress** qui expose à des modifications biologiques, psychologiques et sociales.

* **Sur le plan biologique** : le deuil est un facteur de risque de survenue de décompensations de pathologies existantes ou d'apparition de nouveaux troubles non-psychiatriques (cardiovasculaires notamment) ou psychiatriques.
* **Sur le plan psychologique** : le deuil se manifeste généralement par une forte réactivité émotionnelle et des émotions comme la tristesse, l'angoisse, la colère, le désespoir, la culpabilité, qui peuvent se mélanger. Dans un premier temps, cet état de choc envahissant est constant, puis assez rapidement il devient fluctuant et s'entremêle avec des émotions qui redeviennent progressivement positives. La capacité à se concentrer sur les aspects positifs de la vie du défunt est d'ailleurs

une stratégie protectrice dans le deuil. Le processus du deuil consiste aussi à intégrer progressivement le caractère effectif et irréversible de la mort de la personne. À mesure de l'adaptation au deuil, le vécu émotionnel lié à l'état de manque du défunt est moins intense et la personne construit fréquemment un nouveau sens à sa vie, en intégrant le décès du proche.

* **Sur le plan social** : la qualité du soutien familial et social influence le processus de deuil (par le biais des rituels en particulier). La perte d'un proche peut parfois entraîner des changements dans les relations socio-affectives : de l'exacerbation de conflits, à l'apaisement de blessures anciennes.

1.3. Les spécificités du deuil selon les tranches d'âge

1.3.1. Le deuil chez l'enfant et l'adolescent

Les enfants peuvent manifester une réaction initiale modérée puis ressentir les effets complets plus tardivement. Plutôt que de la tristesse, l'enfant peut manifester de l'indifférence, de la colère, une peur de l'abandon ou des troubles du comportement. L'enfant peut également manifester des symptômes polymorphes d'allure cognitive (régression dans les acquisitions par exemple) ou non-psychiatriques (énurésie par exemple). Ces différentes manifestations peuvent être différentes selon le stade de développement psychoaffectif de l'enfant touché par le deuil.

Comme pour l'adulte, l'environnement socio-affectif est crucial dans le processus du deuil de l'enfant. La capacité des membres de la famille à communiquer et à continuer à vivre en tant que famille, ainsi que la capacité du parent à faire face au stress sont des facteurs importants qui aident au processus d'intégration. De façon générale, l'enfant devrait être encouragé à exprimer ses sentiments et ses inquiétudes, et les réponses apportées devraient être simples et claires.

151

1.3.2. Le deuil chez la personne âgée

Le vieillissement expose à une fragilité médicale globale ainsi qu'à un isolement social qui sont autant de facteurs risquant de ralentir et compliquer le processus de deuil. Le processus de réorganisation peut être particulièrement long, d'autant plus que l'isolement socio-affectif est important et que la personne souffre de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques. Les sujets âgés sont particulièrement exposés au risque d'épisode dépressif caractérisé et le risque de suicide est d'autant plus élevé que l'on avance en âge, en particulier chez les hommes (cf. Items 64a, 348 et 68).

2. Les complications du deuil

Malgré la souffrance du deuil, la plupart des personnes s'adaptent à la perte et à l'état de manque du défunt et continue à vivre de façon satisfaisante. Le deuil normal dure en moyenne 2 à 3 mois, mais va dépendre du lien d'attachement qui unissait l'endeuillé au défunt, de l'âge du défunt, et des circonstances du décès.

Pour un certain nombre de personnes néanmoins, le deuil peut se compliquer. Il s'agit alors :

* soit d'une non-évolution du processus de deuil vers la phase de réorganisation, avec persistance d'altérations au niveau comportemental, émotionnel, cognitif avec limitation du fonctionnement social. On parle alors de **deuil pathologique, compliqué, ou prolongé, ou complexe persistant** (ces termes sont tous synonymes) ;
* soit d'un trouble psychiatrique, notamment un **épisode dépressif caractérisé**, survenant pendant la période du deuil, associé à un **risque suicidaire**.

2.1. Le trouble du deuil complexe persistant

Le trouble du deuil complexe persistant a été proposé dans le DSM-5 pour caractériser le deuil « pathologique » du deuil « normal ».

Un deuil complexe persistant survient lorsqu'un sujet a fait l'expérience du décès d'une personne proche et qu'il présente des symptômes cliniquement significatifs, disproportionnés pour sa culture et responsables d'une **incapacité fonctionnelle** importante, pratiquement tous les jours et pendant une **durée supérieure à 12 mois (6 mois pour les enfants)**.

Les symptômes caractéristiques du deuil complexe persistant sont ceux d'une **nostalgie liée à l'état de manque du défunt et de ruminations envahissantes** associées à une réaction de détresse intense et à des perturbations marquées dans les relations sociales et dans sa propre existence (cf. encadré pour la liste complète des symptômes).



Classification internationale

Les critères symptomatiques du deuil complexe persistant selon le DSM-5

Au moins 1 symptôme parmi les 4 suivants :
* Fort désir/besoin persistant concernant le défunt,
* Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort,
* Préoccupation à propos du défunt,
* Préoccupation à propos des circonstances du décès.

et au moins 6 symptômes parmi les 12 suivants :
* Difficulté marquée à accepter le décès,
* Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte,
* Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt,
* Amertume ou colère en lien avec la perte,
* Évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès (p. ex. auto-accusation),
* Évitement excessif de ce qui rappelle la perte,
* Désir de mourir afin d'être avec le défunt,
* Difficultés à faire confiance à d'autres individus depuis le décès,
* Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres depuis le décès,
* Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide de sens sans le défunt, ou la croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt,
* Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité (par exemple, penser qu'une partie de soi est morte avec le défunt),
* Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur.

2.2. Le risque d'épisode dépressif caractérisé

Le deuil est l'un des facteurs de stress le plus à risque d'un **épisode dépressif caractérisé**. Les études épidémiologiques montrent qu'environ un tiers des sujets veufs manifestent un épisode dépressif caractérisé dans le mois qui suit la mort du conjoint, environ 25 % à 7 mois et 15 % à 1 et 2 ans. Néanmoins, et même si la plupart des personnes endeuillées manifestent une tristesse intense, une minorité d'entre elles présente les critères d'un épisode dépressif caractérisé.

Dans un épisode dépressif caractérisé, comme au cours du deuil, on retrouve une tristesse de l'humeur et un repli social mais certains éléments cliniques permettent de distinguer un épisode dépressif caractérisé du processus normal du deuil (cf. **Tableau 1**). Dans le deuil, les personnes expriment des émotions négatives mais aussi certaines émotions positives. De plus, les symptômes fluctuent et évoluent, pour diminuer progressivement et faire place aux aspects positifs

de la relation avec le défunt. Dans un épisode dépressif caractérisé, au contraire, les émotions négatives sont persistantes, quasi permanentes (définissant une humeur dépressive avec des émotions tristes et un contenu des pensées congruent à cette humeur), et les émotions positives sont pratiquement absentes.

Un épisode dépressif caractérisé qui survient dans un contexte de deuil est similaire à un épisode qui survient en dehors d'un deuil. Le pronostic, également, est similaire, que ce soit la durée de l'épisode, les comorbidités et la réponse aux traitements. Comme pour un épisode dépressif caractérisé en général, les antécédents familiaux et personnels de troubles psychiatriques, troubles de l'humeur en particulier, sont des facteurs déterminant du risque d'épisode dépressif caractérisé au cours du deuil (cf. Item 64a).

Deuil normal	Épisode dépressif caractérisé
L'affect prédominant est un sentiment de vide et de perte lié à l'état de manque du défunt.	L'affect prédominant est une humeur dépressive persistante.
Les émotions négatives sont susceptibles de diminuer d'intensité avec le temps et surviennent par vagues qui ont tendance à être associées à des pensées ou des souvenirs de la personne décédée.	Les émotions tristes et négatives sont intenses avec une douleur morale qui est majeure et persistante, non liée à des pensées ou des préoccupations spécifiques.
La douleur du deuil peut être accompagnée par des émotions positives et par de l'humour.	Il existe une incapacité à anticiper la joie ou le plaisir (anhédonie).
Le contenu des pensées concerne des préoccupations et des souvenirs concernant la personne décédée.	Le contenu des pensées concerne une tendance aux ruminations auto-critiques, fatalistes, culpabilisatrices ou pessimistes.
L'estime de soi est généralement préservée.	L'estime de soi est faible, voire effondrée, avec des sentiments de dévalorisation et de dégoût de soi.
Lorsque des idées de suicide sont présentes, elles impliquent généralement l'idée de « rejoindre » le défunt.	Les idées de suicide sont généralement associées à un sentiment de dévalorisation, d'indignité ou d'incapacité à faire face à la douleur.

Tableau 1. **Principaux critères cliniques permettant de distinguer le deuil normal d'un épisode dépressif caractérisé.**

2.3. Le risque de suicide

Le risque de suicide est fortement augmenté dans le deuil, notamment dans les quelques jours qui suivent le décès (parfois avec l'intention « d'aller rejoindre le défunt »). Il est multiplié par plus de 50 chez les hommes et par 10 chez les femmes, dans la première semaine du deuil.

2.4. Les autres troubles psychiatriques

* Trouble de stress post-traumatique, qui peut survenir en particulier si les conditions ou l'annonce du décès ont été particulièrement aiguës (caractère traumatique) (cf. Item 64f).
* Les troubles anxieux, en particulier le trouble anxieux généralisé (cf. Item 64b).
* Le deuil est un facteur de décompensation de tous les troubles psychiatriques préexistants (addictions également).

153

3. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE EN DEUIL

3.1. La question de la médicalisation du deuil

Le deuil n'est pas une pathologie médicale en soi et il faut être vigilant par rapport au risque de sur-médicalisation du deuil normal. En effet, certains auteurs estiment qu'il y a un risque de prescription excessive de psychotropes (antidépresseurs, etc.) dans une situation normale de la vie.

Le médecin doit être attentif à bien distinguer le deuil normal du deuil pathologique et d'un épisode dépressif caractérisé. Mais toute personne endeuillée doit/devrait pouvoir bénéficier des évaluations et prises en charge présentées ci-dessous.

3.2. La consultation médicale de la personne endeuillée

La consultation médicale face à un patient en deuil repose sur les attitudes suivantes :

Accompagner la personne par

* une **écoute empathique** (cf. Item 01) et une **psychothérapie de soutien** (cf. Item 71).
* Identifier et expliquer le **processus normal du deuil**.
* Expliquer que cela dure un certain temps, mais que l'évolution se fait vers une **réorganisation**.
* Insister sur l'importance de partager sa souffrance avec sa famille et ses amis.

Identifier une complication du deuil :

* un deuil complexe persistant, et en rechercher les facteurs de risque :
  - concernant le décès : mort soudaine, inattendue, violente ou par suicide, mort d'une génération plus jeune, etc.,
  - concernant l'endeuillé : âge jeune, femme, relation d'attachement avec le défunt, répétition de deuil, antécédents personnels de trouble psychiatrique, stratégie d'ajustement au stress réduite (cf. Item 01) ;
* un épisode dépressif caractérisé et en rechercher les facteurs de risque, notamment les antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques ;
* un risque d'un passage à l'acte suicidaire ;
* une décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant.

Réaliser un examen clinique complet, notamment cardiovasculaire.

3.3. Surveillance du deuil normal

Il convient pour le médecin d'évaluer : la dynamique du processus de deuil et d'identifier les phases du deuil, et les ressources personnelles, sociales et familiales, d'ajustement au stress de l'endeuillé (cf. Item 01). Il faut lui rappeler que la phase aiguë du deuil est intense, qu'il s'agit d'une réaction normale et qu'elle se résout progressivement à mesure que la réalité de la perte est intégrée dans la vie quotidienne.

La plupart des personnes en deuil n'ont pas besoin de prise en charge médicale. L'entourage, la famille, les amis fournissent le soutien nécessaire.

À l'inverse, la présence d'un trouble psychiatrique, d'un épisode dépressif caractérisé en particulier ou d'un deuil complexe persistant peut nécessiter l'assistance d'un médecin.

3.4. Prise en charge des complications du deuil

3.4.1. Le deuil complexe persistant

Dans le deuil complexe persistant, les personnes ont des difficultés prolongées à accepter la mort et restent envahies par des pensées et des souvenirs du défunt. Dans ce cas, les antidépresseurs sont peu efficaces alors que les psychothérapies ciblées sur le deuil pathologique facilitent l'évolution du processus.

Les psychothérapies de type thérapie comportementale et cognitive se sont révélées efficaces (cf Item 71). Il faudra donc savoir orienter vers une prise en charge spécialisée.

3.4.2. L'épisode dépressif caractérisé

Les données actuelles tendent à montrer que la sémiologie, le pronostic et **la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé sont similaires que l'épisode survienne en dehors ou à l'occasion d'un deuil**. L'attitude du médecin devrait ainsi être la même dans tous les cas de l'épisode dépressif caractérisé (cf. Item 64a). Il faudra impérativement évaluer et prendre en charge le risque suicidaire (cf. Item 348).

La prescription d'un antidépresseur est indiquée en cas de symptômes sévères et invalidants, plutôt de type ISRS en première intention. À noter que les antidépresseurs n'entravent pas le processus du deuil.

3.4.3. Autres complications psychiatriques

Voir les items correspondants à chaque trouble.

155



Résumé

Pour la majorité des personnes, un deuil ne requiert pas de prise en charge médicale. Néanmoins, il s'agit d'un facteur de stress qui expose à certaines complications non-psychiatriques, psychiatriques et sociales. De plus, lorsque le processus du deuil stagne, que les symptômes sont sévères et/ou qu'apparaît un trouble psychiatrique, l'intervention d'un médecin devient nécessaire. Le clinicien doit donc être capable d'identifier et de surveiller le processus du deuil normal, de reconnaître un deuil complexe persistant, et d'évaluer le risque suicidaire. L'évaluation clinique repose sur des recommandations et doit permettre notamment d'éviter un double risque : sur-médicaliser le deuil et laisser sans traitement des troubles exposant à des conséquences potentiellement graves.



Références pour approfondir

Girault N., Fossati P., « Deuil normal et pathologique », *EMC – Traité de Médecine Akos*, 7-0315, 2008.

Sauteraud A., *Vivre après ta mort : psychologie du deuil*, Odile Jacob, 2012, 296 p.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition : DSM5-, Édition Elsevier Masson, 2015, chapitre sur le « deuil complexe persistant », p. 926 et sur le « trouble dépressif caractérisé », p. 215.

module quatre

TROUBLES PSYCHIATRIQUES À TOUS LES ÂGES

61

TROUBLES PSYCHOTIQUES

item 61

TROUBLE SCHIZOPHRÉNIQUE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

* Diagnostiquer un trouble schizophrénique.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/61





- La prévalence de la schizophrénie est estimée entre **0.6 et 1 %**.
- La maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou **l'adulte jeune entre 15 et 25 ans**.
- Le mode de début peut être **aigu** ou **insidieux**.
- Le diagnostic de schizophrénie est clinique.
- La schizophrénie se caractérise par trois grands syndromes : le **syndrome positif** (idées délirantes et hallucinations), le **syndrome de désorganisation** (cognitif, affectif et comportemental) et le **syndrome négatif** (cognitif, affectif et comportemental), auxquels s'ajoutent des altérations cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.).
- Les idées délirantes se caractérisent par leur thème, mécanisme, systématisation, adhésion, et retentissement émotionnel et comportemental.
- L'évolution de la schizophrénie est chronique. L'espérance de vie est diminuée, principalement en raison des comorbidités (notamment les maladies cardiovasculaires) et des suicides.
- La prise en charge repose sur un traitement pharmacologique **antipsychotique**, le traitement des comorbidités et la **réhabilitation psycho-sociale** (psycho-éducation, thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive et réadaptation psychosociale).

1. Introduction

La schizophrénie, décrite au début du XX[e] siècle, est une maladie fréquente et sévère. Cette maladie est actuellement classée par l'OMS parmi les dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité en particulier chez les sujets jeunes. Elle fait partie des troubles psychotiques chroniques qui se caractérisent par une altération du contact avec la réalité.

La physiopathologie de la schizophrénie n'est pas entièrement élucidée mais résulte de l'interaction entre des facteurs de vulnérabilité génétiques et des facteurs environnementaux. L'hypothèse d'un trouble du neurodéveloppement, qui prévaut aujourd'hui, postule que la schizophrénie est la conséquence retardée d'anomalies du neurodéveloppement débutant des années avant le début de la maladie.

2. Contexte épidémiologique

La prévalence de la schizophrénie est d'environ 0,6-1 %. Son incidence a été estimée à 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an entre 1965 et 2001. La fréquence de la schizophrénie a longtemps été considérée comme invariable selon les lieux et les populations mais cette fréquence dépend en fait de l'exposition à certains facteurs environnementaux comme la consommation de cannabis, la migration ou encore l'urbanisation.

La maladie débute classiquement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans, mais il existe des formes rares très précoces (pré-pubertaires) ou tardives (après 35 ans). L'âge de début est généralement plus tardif chez la femme par rapport à l'homme d'environ 5 ans. L'émergence des symptômes schizophréniques est généralement précédée par des altérations cognitives et des symptômes prodromiques non spécifiques peuvent être présents 2 à 5 ans avant l'émergence du trouble. Chez certains patients, la schizophrénie apparaît après un parcours de difficultés d'apprentissage et de développement. Le sex-ratio est assez équilibré, même s'il existe une légère prédominance chez les hommes (x 1,4).

Les principaux facteurs de risques sont de nature génétique (variants hérités ou mutation *de novo* plus rarement) ou environnementale (obstétricale avec difficultés périnatales, cannabis, migration, urbanisation).

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. Syndrome positif

3.1.1. Idées délirantes

Les idées délirantes correspondent à des altérations du contenu de la pensée entraînant une altération du contact avec la réalité. Les idées délirantes font l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne », pouvant être plausible ou invraisemblable, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socioculturel du sujet. Dans la schizophrénie, la prévalence des idées délirantes est estimée à plus de 90 %. On décrit les idées délirantes par rapport à leur thème, mécanisme et structure ou organisation.

3.1.1.1. Thèmes

Le thème de l'idée délirante correspond au sujet principal sur lequel porte cette idée. Les thématiques peuvent varier à l'infini, être uniques ou multiples, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Dans la schizophrénie, les thèmes sont multiples et hétérogènes (voir les exemples dans le **Tableau 1**, page suivante) : thème de persécution, mégalomaniaque, mystique, de filiation (le sujet étant persuadé d'avoir d'illustres ascendants), somatique, érotomaniaque (cf. Item 63), d'influence, de référence.

3.1.1.2. Mécanismes

Le mécanisme de l'idée délirante correspond au processus par lequel l'idée délirante s'établit et se construit. Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation de l'idée délirante. Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes : les mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginatif (cf. **Tableau 2**, infra p. 163).

3.1.1.3. Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Une idée délirante est considérée peu systématisée lorsque l'organisation est floue, vague et peu cohérente. Dans la schizophrénie, on retrouve dans la majorité des cas des idées délirantes non systématisées, floues, sans logique, incohérentes, contrairement au trouble délirant persistant de type persécution au cours duquel les idées délirantes sont généralement systématisées et où la cohérence donne une certaine logique à la production délirante.

3.1.1.4. Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes, qui correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable, mais peut être élevée. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ». Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer ses propres idées délirantes.

3.1.1.5. Retentissement émotionnel et comportemental

Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif. La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, expier ses fautes, se venger d'un persécuteur).

Nom du thème	Définition	Exemple
Persécution	Idée délirante dans laquelle le thème central consiste pour le sujet à être attaqué, harcelé, trompé, espionné, persécuté ou victime d'une conspiration.	« Je sais bien que vous mettez des médicaments dans mon pain pour que je me taise et que je ne révèle pas au monde le soulèvement populaire communiste qui est en train de se préparer. »
Grandeur/ mégalomaniaque	Idée délirante qui implique de la part du sujet un sentiment exagéré de son importance, de son pouvoir, de son savoir, de son identité.	« Vous voulez me faire une prise de sang pour le revendre. Mais je suis votre directeur et votre roi, je refuse que vous preniez mon sang. »
Mystique	Idée délirante dont le thème central est la religion.	« Je sais que je suis le fils préféré de Dieu, et qu'il m'a confié un rôle spécial sur Terre. »
Somatique	Idée délirante dans laquelle le thème central touche au fonctionnement du corps.	« Je sens mauvais parce que mes intestins sont tombés. En plus, avec la ventilation j'ai attrapé des boutons qui sont en fait des caméras microscopiques qui enregistrent tout. »
De référence	Idée délirante dans laquelle le sujet pense que certains éléments de l'environnement posséderaient une signification particulière pour lui, idée dans laquelle le sujet est lui-même la référence.	« Le présentateur du journal télévisé s'adresse spécifiquement à moi lorsqu'il annonce qu'un grave accident d'avion a lieu hier. »

Tableau 1. **Thèmes délirants les plus fréquemment retrouvés dans la schizophrénie.**

Type de mécanisme délirant	Définition	Exemple
Interprétatif	Attribution d'un sens erroné à un fait réel.	« On est entré chez moi, les objets ont été déplacés et il y a une marque sur la porte. »
Hallucinatoire	Construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination.	« Je vois les morts, là en ce moment il y a un cadavre décomposé allongé par terre à ma gauche, il me demande de l'aide mais je ne peux pas l'aider ! Alors je suis triste. »
Intuitif	Idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique en dehors de toute donnée objective ou sensorielle.	« Je suis l'envoyé de Dieu, je le sais, c'est ainsi. »
Imaginatif	Fabulation ou invention où l'imagination est au premier plan et le sujet y joue un rôle central.	« Il faut arrêter les moteurs diesel et utiliser les moteurs à venin de scorpion. J'ai passé plusieurs milliards d'années à extraire du venin de scorpion, c'est le mieux pour les moteurs. »

Tableau 2. Principaux mécanismes délirants retrouvés dans la schizophrénie.

3.1.2. Hallucinations

L'hallucination est définie comme une **perception sans objet**. Dans la schizophrénie, 75 % des patients présentent des hallucinations, notamment en phase aiguë.

3.1.2.1. Psychosensorielles

Il s'agit d'hallucinations relevant de manifestations sensorielles. Dans la schizophrénie, tous les sens peuvent être touchés.

Les hallucinations les plus fréquentes sont les **hallucinations auditives** présentes chez environ 50 % des patients. Il peut s'agir de sons simples (sonnerie, mélodie), mais le plus souvent il s'agit de voix nettement localisées dans l'espace, on parle alors **d'hallucinations acoustico-verbales**. Elles peuvent converser entre elles et s'adresser au sujet à la troisième personne. Il s'agit en général de phrases courtes avec une connotation négative. Des attitudes d'écoute, la mise en place de moyens de protection (écouter de la musique, se concentrer sur une tâche, se boucher les oreilles, des réponses brèves ou en aparté, une soliloquie, une distractibilité pendant l'entretien) sont évocateurs d'hallucinations auditives dont le sujet ne parle pas toujours spontanément.

Les **hallucinations visuelles** touchent quant à elles 30 % des patients atteints de schizophrénie. Elles peuvent être élémentaires (lumières, taches colorées, phosphènes, ombres, flammes,

flashs, parfois formes géométriques), ou plus complexes (objets, figures, scènes, etc.) sous forme de scènes visuelles comme une âme sortant d'un corps, d'un phœnix volant dans le ciel, ou de façon plus angoissante, des démons et des morts sortant du sol.

Les **hallucinations tactiles** (sens du toucher superficiel) sont présentes chez environ 5 % des patients souffrant de schizophrénie. Les patients peuvent sentir des coups de vent sur le visage, des sensations de brûlures, de piqûres, le corps d'un individu à côté d'eux, ou croient toucher des objets, des animaux… Ces hallucinations peuvent être rapportées à des contacts manuels, des phénomènes d'électrisation ou la sensation d'être couvert de parasites. Les sujets touchent parfois leurs hallucinations pour tenter de les éliminer (se libérer de liens, écraser les parasites…).

Les hallucinations touchant les autres sens sont moins fréquentes. Parmi elles, les **hallucinations gustatives** (modification du goût des aliments par exemple), les **hallucinations olfactives** qui portent le plus souvent sur des mauvaises odeurs provenant du patient lui-même. Les **hallucinations cénesthésiques** intéressent la sensibilité interne. Il peut s'agir d'impressions de transformation du corps dans son ensemble (évidement, éclatement, possession animale ou diabolique, transformation corporelle, sensations d'être traversé de part et d'autre par un voile ou parfois par une balle…) ou d'impressions localisées à une partie du corps, éventuellement la sphère sexuelle.

3.1.2.2. Intrapsychiques

Les hallucinations intrapsychiques correspondent à un phénomène psychique, vécu dans la propre pensée du patient sans manifestation sensorielle. Ces hallucinations ne présentent pas de caractère de sensorialité ni de spatialité ; elles sont perçues comme des phénomènes intrapsychiques étrangers au sujet. La pensée prend alors une forme hallucinatoire avec des voix intérieures, des murmures intrapsychiques. Le sujet souffrant de ce type d'hallucinations peut entendre ses pensées comme si elles venaient d'autrui et a l'impression de vol, de divulgation, de devinement de la pensée, de transmission de la pensée, de pensées imposées… Dans le phénomène d'écho de la pensée, le sujet entend ses propres pensées répétées à voix haute, comme renvoyées par un écho. Ces phénomènes sont aussi appelés « perte de l'intimité psychique ».

Historiquement, les hallucinations intrapsychiques étaient distinguées en « automatisme mental » (cf. encadré « Histoire de la psychiatrie : l'automatisme mental de Clérambault ») et « syndrome d'influence ». Le syndrome d'influence est caractérisé par le sentiment d'être dirigé, d'avoir sa volonté dominée, et d'avoir sa personnalité modifiée à distance. Ce syndrome peut être associé aux hallucinations psychosensorielles, notamment aux hallucinations acoustico-verbales, qui commandent ou donnent des ordres au patient.



Histoire de la psychiatrie

L'automatisme mental de Clérambault

Ce syndrome, décrit par Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), est marqué par des hallucinations intrapsychiques qui s'imposent à la conscience du patient, le vol et le devinement de la pensée par autrui, les commentaires de la pensée et des actes, les échos de la pensée (les pensées sont répétées à haute voix).

3.2. Syndrome négatif

Le syndrome négatif regroupe les signes cliniques qui traduisent un appauvrissement de la vie psychique.

3.2.1. Au niveau affectif : l'émoussement des affects

Les affects sont émoussés et sans réaction aux événements extérieurs. Cela se traduit par l'absence d'émotions dans l'expression du visage et dans l'intonation de la voix. Au niveau physique, le regard est fixe, le corps paraît figé et le sourire rare. L'ensemble de ce tableau donne à l'interlocuteur une impression de froideur, de détachement et d'indifférence.

Une anhédonie, qui se définit comme une perte de capacité à éprouver du plaisir, peut également être présente.

3.2.2. Au niveau cognitif : la pauvreté du discours, ou alogie

La pauvreté du discours se manifeste par des difficultés à converser avec des réponses brèves, évasives et parfois interrompues.

3.2.3. Au niveau comportemental : apragmatisme, aboulie, et retrait social

L'apragmatisme est une incapacité à entreprendre et planifier des actions. Au maximum, le patient peut rester assis ou au lit (clinophilie) à ne rien faire en permanence, jusqu'au point de négliger son hygiène (incurie).

L'aboulie est une incapacité à mettre en œuvre et maintenir une action, marquée par une diminution de la motivation.

Dans le syndrome négatif de la schizophrénie l'aboulie et l'apragmatisme peuvent entraîner une vie relationnelle pauvre, sans recherche de contact, ainsi qu'une perte de l'intérêt social ou retrait social.

3.3. Syndrome de désorganisation

Le syndrome de désorganisation correspond à la perte de l'unité psychique entre idées, affectivité et attitudes. Ce syndrome est marqué par des manifestations affectant notamment les cognitions, les émotions et les comportements.



Histoire de la psychiatrie

Désorganisation ou dissociation ?

Dans la schizophrénie, il est préférable d'utiliser le terme désorganisation plutôt que le terme « dissociation » pourtant longtemps utilisé dans les classifications françaises. Actuellement, le terme dissociation correspond en fait aux « troubles dissociatifs » (dépersonnalisation, amnésie dissociative) souvent secondaires à des traumatismes.

3.3.1. Cognitif

3.3.1.1. Altérations du cours de la pensée

L'altération du cours de la pensée va se traduire par un discours diffluent (elliptique et sans idée directrice), et des propos décousus parfois incompréhensibles. Le sens des phrases est obscur, le discours est hermétique et la pensée impénétrable. On retrouve également l'existence de

barrages (brusque interruption du discours, en pleine phrase, suivie d'un silence plus ou moins long), et de **fading** (ralentissement du discours et réduction du volume sonore).

3.3.1.2. Altérations du système logique ou illogisme

La pensée du patient désorganisé ne repose pas sur des éléments de logique communément admis, ce qui peut se traduire par : l'ambivalence (tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet), le rationalisme morbide (logique incompréhensible, raisonnement à partir d'arguments ne reposant sur aucun élément de réalité), et le raisonnement paralogique (qui s'appuie sur des intuitions, des mélanges d'idées, des analogies). On note également une altération des capacités d'abstraction (interprétation des propos au premier degré que l'on peut évaluer par exemple en demandant la signification de proverbes).

3.3.1.3. Altérations du langage

La désorganisation au niveau cognitif se manifeste aussi par une symptomatologie touchant le langage. Le débit verbal du patient peut être variable : de très lent à très rapide, parfois associé à un bégaiement intermittent. On peut retrouver un certain maniérisme marqué par l'utilisation d'un vocabulaire précieux et décalé.

La forme du langage peut également se trouver modifiée. Ainsi, le patient va créer des **néologismes** (nouveaux mots), ou encore des **paralogismes** (nouveau sens donné à des mots connus). Au maximum, il peut exister un véritable néo-langage, jargonophasie ou schizophasie totalement incompréhensible.

3.3.2. Affectif

On retrouve ici essentiellement le phénomène d'ambivalence affective ou discordance idéo-affective qui s'exprime par la coexistence de sentiments et d'émotions contradictoires. L'ambivalence se manifeste aussi par l'expression d'affects inadaptés aux situations, par des sourires discordants et des rires immotivés témoignant de l'incohérence entre le discours et les émotions exprimées.

3.3.3. Comportemental

La désorganisation comportementale est le reflet de l'absence de relation entre les différentes parties du corps, entre les pensées et le comportement.

On retrouve :

- un maniérisme gestuel : mauvaise coordination des mouvements ;
- des parakinésies : décharges motrices imprévisibles, paramimies (mimiques qui déforment l'expression du visage) ;
- Un syndrome catatonique (cf. encadré « En pratique : le syndrome catatonique ») qui est un syndrome psychomoteur associant :
  - catalepsie : il s'agit d'une flexibilité cireuse des membres avec maintien des attitudes imposées,
  - négativisme : attitudes de résistance voire d'opposition active pouvant aller jusqu'au refus de s'alimenter,
  - stéréotypies, impulsions, ou encore écholalie (répétition non volontaire de la fin des phrases, mots ou sons de l'interlocuteur) ou échopraxie (imitation non volontaire en miroir des gestes de l'interlocuteur).



Le syndrome catatonique

Le syndrome catatonique, décrit par Karl Kahlbaum en 1874, est un syndrome psychomoteur qui a longtemps été associé au diagnostic de schizophrénie. Cependant, plusieurs décennies de recherche clinique et pharmacologique ont permis de démontrer que le syndrome catatonique est en fait « transnosographique » et peut se rencontrer dans de très nombreuses pathologies. En psychiatrie, le syndrome catatonique est ainsi plus fréquent dans les troubles de l'humeur que dans la schizophrénie (sauf chez l'enfant). Il existe également un très grand nombre d'étiologies non-psychiatriques au syndrome catatonique (ex. : encéphalites, pathologies neuroinflammatoires, maladie d'Addison, déficit en vitamine B12, etc.). Le syndrome catatonique est important à reconnaître en pratique clinique (Échelle de Bush et Francis) car il bénéficie d'une prise en charge spécifique et de traitements efficaces comme les benzodiazépines et l'électro-convulsivo-thérapie. Une description sémiologique complète du syndrome catatonique peut être retrouvée ici : https://www.youtube.com/watch?v=i9zEJM_OWzE.



3.3.4. Autres syndromes associés

3.3.4.1. Altérations des fonctions cognitives

Les altérations cognitives sont fréquentes (environ 70 %) et souvent sévères dans la schizophrénie. D'un point de vue qualitatif, les domaines cognitifs reconnus les plus altérés sont les fonctions exécutives, la mémoire épisodique verbale, l'attention et la vitesse de traitement de l'information (cf. **Tableau 3**). D'autres domaines sont préservés, comme la mémoire implicite (mémoire procédurale).

Fonction cognitive	Définition	Exemples
Fonctions exécutives	Ces fonctions sont impliquées dans toute action orientée vers un but. Elles comprennent les processus de planification, auto-régulation, gestion des conséquences avec rétrocontrôle.	Par exemple, difficultés à prévoir les séquences d'actions nécessaires pour se rendre au travail ; difficultés à organiser son travail et à gérer les priorités ; difficultés à s'adapter à une nouvelle stratégie et à inhiber l'ancienne.
Mémoire épisodique verbale	Mémoire des expériences personnelles dans leur contexte temporo-spatial et émotionnel.	Difficultés à évoquer et réutiliser des souvenirs.
Attention et vitesse de traitement de l'information	Capacité à identifier un stimulus pertinent dans l'environnement, se concentrer et maintenir l'attention sur celui-ci.	Difficulté à se concentrer sur une tâche pendant plusieurs minutes comme lire un texte en entier, difficulté à sélectionner l'information pertinente lorsqu'il y a plusieurs informations comme écouter les consignes pour un travail alors que le téléviseur est en marche.

Tableau 3. Principales altérations cognitives dans la schizophrénie.

Les altérations cognitives précèdent souvent le début de la maladie. Après une majoration accompagnant l'émergence des troubles psychotiques, elles restent relativement stables au cours de l'évolution de la maladie. Elles sont associées à un fort retentissement fonctionnel (ex :

absence d'emploi, difficultés à vivre de façon indépendante), à l'origine d'un handicap psychique important (cf. Item 117).

3.3.4.2. Symptômes thymiques associés

Les symptômes thymiques sont fréquents dans la schizophrénie. Ainsi, 80 % des patients présentent des symptômes thymiques lors d'un premier épisode psychotique.

Des symptômes maniaques (excitation psychomotrice, tachypsychie, impulsivité) sont souvent observés lors des épisodes aigus de schizophrénie. D'autre part, un épisode dépressif caractérisé post-psychotique constitue la complication la plus fréquente au décours d'un épisode aigu.

Parfois, les symptômes thymiques sont présents et constituent un épisode thymique (dépressif ou maniaque) pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie, on parle alors de trouble schizo-affectif.

4. La schizophrénie

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Pour poser le diagnostic de schizophrénie

Le diagnostic de schizophrénie est clinique. Il faut que les critères suivants soient remplis :

* l'association d'au moins deux syndromes présents dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois parmi les suivants :
  - syndrome positif (idées délirantes ou hallucinations),
  - syndrome de désorganisation,
  - syndrome négatif ;
* une évolution de ces signes depuis au moins 6 mois :
  - si les symptômes évoluent moins d'un mois, on parle de trouble psychotique bref,
  - si les symptômes évoluent sur une durée comprise entre un et six mois, on parle de trouble schizophréniforme ;
* des répercussions fonctionnelles sociales ou professionnelles depuis le début des troubles ;
* l'absence de diagnostic différentiel.

Des examens complémentaires permettent d'éliminer un diagnostic différentiel. Il s'agit d'un bilan biologique standard, d'une recherche de toxiques urinaires et d'une imagerie cérébrale (au mieux une IRM) particulièrement en cas de signe d'appel ou de manifestations atypiques. L'EEG est utile lors d'un premier épisode ou plus tard, pour éliminer une comitialité. D'autres examens peuvent être utiles. Le bilan sera orienté selon la clinique et les antécédents du patient, en particulier en cas de début très brutal : une note confusionnelle, un déclin cognitif, une résistance aux traitements appellent à réaliser un bilan plus poussé.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

4.1.2.1. Selon le mode de début

La schizophrénie peut apparaître de façon aiguë ou de façon insidieuse.

Début aigu

La schizophrénie commence dans environ 1 cas sur 2 par un épisode psychotique aigu. On retrouve souvent quelques jours voire quelques semaines avant l'épisode des signes peu spécifiques comme : sentiment de malaise, fatigue, difficultés de concentration, angoisses, sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et parfois des idées suicidaires. Des événements stressants peuvent précéder l'épisode : rupture sentimentale, examen, problème de santé, consommation de cannabis…

Au niveau clinique, le syndrome positif et de désorganisation sont en général très marqués. Le syndrome négatif deviendra plus apparent au décours de l'épisode.

Parfois, certaines formes de schizophrénie à début aigu prennent la forme de troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé ou accès maniaque) atypiques : c'est-à-dire associés à des bizarreries, des préoccupations à thème sexuel ou hypocondriaque, des hallucinations, des stéréotypies.

Enfin, les formes aiguës de début de schizophrénie peuvent se manifester par des troubles du comportement : gestes auto ou hétéro agressifs impulsifs et bizarres, sans explications, fugues…



Classifications internationales

Les épisodes psychotiques brefs et le concept de bouffée délirante aiguë

Le concept de bouffée délirante aiguë (BDA) est encore très utilisé en France. La BDA correspond à l'apparition d'idées délirantes polymorphes, multi-thématiques en quelques jours ou semaines. Le diagnostic de BDA permet de différer le diagnostic de schizophrénie. Il est en effet extrêmement difficile de prédire à ce stade si l'épisode restera isolé ou évoluera vers une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Toutefois, le diagnostic de BDA n'est pas reconnu sur le plan international. On parle de trouble schizophréniforme dans le DSM-5 (entre 1 et 6 mois) et de trouble psychotique bref (< 1 mois) dans le DSM ou trouble psychotique aigu transitoire (< 1 mois) dans la CIM-10.



En pratique

Les prodromes de la schizophrénie

Même dans les formes dites à début aigu, un interrogatoire précis retrouve presque toujours des symptômes prodromiques non spécifiques dans les 2 à 4 ans avant le premier épisode et des symptômes psychotiques atténués présents à bas bruit ou de façon très transitoire, généralement dans l'année précédant le premier épisode. Des altérations cognitives entraînant une plainte subjective (difficulté de concentration) ou des difficultés de fonctionnement (rupture scolaire) peuvent être présentes de façon très précoce. Cependant, un individu peut présenter des symptômes prodromiques sans développer de schizophrénie : on parle d'état mental à risque. La reconnaissance de ces phases précoces laisse espérer la possibilité d'intervention précoce, à la phase prodromique afin d'éviter la conversion de « symptômes » en schizophrénie constituée.

Début insidieux

Dans la moitié des cas, le début de la maladie a été précédé de manifestations parfois très discrètes, ayant pu évoluer sur plusieurs mois voire plusieurs années. Dans ce cas, le diagnostic est souvent porté tardivement, retardant considérablement l'accès aux soins.

On retrouve ici un retrait social progressif au premier plan : désintérêt et désinvestissement des activités habituelles (sports, loisirs, cercle d'amis), fléchissement de l'activité scolaire ou professionnelle. En revanche l'intérêt du sujet peut se porter de façon exclusive vers le mysticisme ou l'ésotérisme.

On peut également retrouver des modifications des traits de personnalité : agressivité, hostilité envers les proches ou au contraire une indifférence, un isolement.

4.1.2.2. Formes cliniques symptomatiques

Les formes cliniques actuelles sont définies par la symptomatologie prédominante rencontrée chez le patient au cours de l'évolution de son trouble. Dans le cas où aucun type de symptomatologie ne prédomine, on parle de schizophrénie indifférenciée.

* **La schizophrénie paranoïde** : cette forme est marquée par la prédominance du syndrome positif.
* **La schizophrénie désorganisée ou hébéphrénique** : cette forme est marquée par la prédominance du syndrome de désorganisation avec une évolution précoce vers une forme où le syndrome négatif prédomine.
* **La schizophrénie catatonique** : cette forme est marquée par la prédominance du syndrome catatonique associé.
* **Autres formes cliniques** : elles ont été décrites mais ne sont pas répertoriées dans les classifications internationales. Il s'agit notamment de la schizophrénie héboïdophrénique (conduites antisociales et impulsivité au premier plan) et de la schizophrénie pseudo-névrotique (ruminations anxieuses au premier plan).

Il est important de noter que ces sous-types ne sont pas valables pour la vie entière d'un patient et que les symptômes et syndromes prédominants peuvent évoluer au cours du temps. Ces sous-types cliniques ont disparu du DSM5, seule la catatonie reste une caractéristique que l'on peut préciser.

4.1.2.3. Selon l'âge de début

La schizophrénie débute classiquement chez l'adulte jeune entre 18 et 25 ans, cependant des formes peuvent se développer avant 18 ans, on parle de schizophrénie à début précoce, voire avant l'âge de 13 ans, on parle alors de schizophrénie à début très précoce. Les schizophrénies très précoces sont rares mais on doit se souvenir que 1/5 des schizophrénies débutent avant 18 ans même si c'est majoritairement après 15 ans. À l'inverse, après l'âge de 35 ans on parle de schizophrénie à début tardif. Cette forme a longtemps été appelée psychose hallucinatoire chronique en France (PHC) (cf. encadré « Histoire de la psychiatrie : la psychose hallucinatoire chronique »). La schizophrénie à début tardif présente certaines particularités cliniques. Il s'agit d'une forme plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (sex-ratio de 7/1), notamment si celles-ci vivent de manière isolée, et marquée par une symptomatologie hallucinatoire riche dans toutes les modalités sensorielles (auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives…), ainsi que par l'absence (ou le peu) de désorganisation.



Histoire de la psychiatrie

La psychose hallucinatoire chronique

La psychose hallucinatoire chronique (PHC) a été décrite par le psychiatre Gilbert Ballet en 1911. Cette entité existe uniquement dans la nosographie française et n'est pas décrite dans les classifications internationales. Le concept de PHC selon Ballet caractérisait un délire chronique, sans terrain prédisposant, soutenu par une symptomatologie hallucinatoire riche.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non-psychiatriques

* Neurologiques (épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, chorée de Huntington, neurolupus, encéphalite à anticorps anti NMDA etc.).
* Endocriniennes (dysthyroïdie, altération de l'axe corticotrope, etc.).
* Métaboliques (maladie de Wilson, Niemann-Pick type C, etc.).
* Infectieuses (neurosyphilis, SIDA, etc.).

4.2.2. Intoxication par une substance psychoactive

* Intoxication aiguë ou chronique au cannabis.
* Symptômes liés à l'intoxication d'amphétaminiques et autres (anticholinergiques, LSD, kétamine, phencyclidine…).

4.2.3. Pathologies psychiatriques

4.2.3.1. Les troubles de l'humeur (cf. Item 62)

La présence des syndromes positif, négatif ou de désorganisation ne doit pas conduire automatiquement au diagnostic de schizophrénie s'il existe un syndrome dépressif ou maniaque associé. Deux situations doivent être envisagées :

* si les symptômes thymiques sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie, alors le diagnostic de trouble schizo-affectif doit être envisagé ;
* si, lorsque le syndrome dépressif ou maniaque disparaît, les syndromes positif, négatif ou de désorganisation disparaissent **complètement**, alors le diagnostic d'un épisode thymique (dépressif ou maniaque) avec caractéristiques psychotiques doit être posé (cf. Items 62 et 64).

4.2.3.2. Les troubles délirants persistants (cf. Item 63)

Le diagnostic de trouble délirant persistant se pose quand il existe uniquement un syndrome positif sans éléments de bizarrerie. Il n'y a classiquement pas d'hallucination, de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif au premier plan contrairement à la schizophrénie.

4.2.3.3. Les troubles envahissant du développement (cf. Item 65)

4.3. Notions de physiopathologie

La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et repose sur l'interaction de facteurs de vulnérabilité génétiques (modèle polygénique) et de facteurs environnementaux. Il existe, à l'heure actuelle, plusieurs hypothèses complémentaires les unes par rapport aux autres.

Selon l'hypothèse dopaminergique, le syndrome positif serait lié à une hyperactivation de la transmission dopaminergique au niveau mésolimbique et le syndrome négatif serait associé à une hypoactivation de la transmission dopaminergique au niveau de la voie mésocorticale.

L'hypothèse neurodéveloppementale, propose que la schizophrénie soit la conséquence tardive de processus développementaux qui débutent des années avant le début de la maladie. Le

développement pourrait être perturbé de façon précoce (ex. : vie intra-utérine ou période périnatale) et révélé de façon tardive, au moment de la maturation cérébrale à l'adolescence (théorie de la double atteinte).

Finalement, le modèle stress/vulnérabilité propose que chaque personne possède un degré de vulnérabilité qui lui est propre, dépendant notamment de facteurs génétiques. Ces derniers interagissent avec des facteurs environnementaux (la consommation de cannabis, les complications obstétricales, l'urbanisation et la migration) pour aboutir au développement de la maladie.

5. Le pronostic et l'évolution

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre et d'une forme à l'autre.

L'évolution est généralement chronique, marquée par des épisodes psychotiques plus ou moins espacés avec des intervalles plus ou moins symptomatiques. Le déficit est variable, et se stabilise généralement après 2 à 5 ans d'évolution. Il est important de garder à l'esprit que le premier épisode ou les rechutes sont favorisés par les facteurs de stress (drogues, ruptures, deuil...).

Dans les formes résiduelles, on décrit classiquement une diminution du syndrome positif et une majoration du syndrome négatif altérant le fonctionnement social et la qualité de la vie. Le taux de suicide et la santé générale des patients souffrant de schizophrénie restent des problèmes majeurs de santé publique.

Cependant, grâce aux progrès réalisés au niveau pharmacologique et psychothérapeutique, il est possible dans 20 à 25 % des cas d'obtenir une rémission complète voire une guérison de cette maladie et dans une majorité des cas de conserver une qualité de vie globalement satisfaisante même si 50 à 75 % des patients ne retrouvent pas leur niveau de fonctionnement antérieur. Des facteurs de bon pronostic ont été mis en évidence :

* sexe féminin,
* environnement favorable,
* bon fonctionnement pré-morbide,
* début tardif,
* bonne conscience du trouble,
* traitement antipsychotique précoce et bien suivi.

Les prises en charge thérapeutiques devront s'attacher à agir sur ces deux derniers facteurs, par des mesures appropriées d'éducation thérapeutique.

5.1. Comorbidités

5.1.1. Comorbidités psychiatriques

Les symptômes thymiques sont fréquemment associés à la schizophrénie en phase aiguë (éléments dépressifs ou maniaques). Des troubles de l'humeur peuvent également être présents au décours ou à distance d'un épisode psychotique dans 20 à 75 % des cas. On parle dans ce cas d'épisode dépressif caractérisé post-psychotique dont l'impact sur l'évolution de la maladie (rechutes, mauvaise observance) semble important.

5.1.2. Comorbidités addictologiques

La schizophrénie est fréquemment associée à un trouble lié à l'usage de tabac, de cannabis ou d'alcool.

Parmi les patients souffrant de schizophrénie :

* 70 % fument du tabac,
* 50 % consomment du cannabis,
* 10 à 50 % présentent un usage à risque voire une dépendance à l'alcool.

5.1.3. Comorbidités non-psychiatriques

La moitié des patients souffrant de schizophrénie souffrent d'une affection non-psychiatrique. Chez ces patients, les anomalies cardiométaboliques incluant le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie affichent une prévalence nettement plus élevée que la population générale. Ces altérations conduisent généralement à une prise de poids, une dérégulation glucidique et lipidique, ainsi qu'à une hypertension artérielle source de problèmes de santé majeurs chez ces patients.

Ce profil cardiométabolique définit en pratique le « syndrome métabolique » ; associant un ensemble de perturbations cliniques et biologiques et qui est un facteur prédictif du développement des maladies cardiovasculaires. Ainsi, on estime la prévalence du syndrome métabolique dans la schizophrénie entre 30 et 60 % des cas, et l'obésité (IMC › 30) toucherait environ 50 % des sujets.

Les effets indésirables des traitements antipsychotiques peuvent expliquer en partie cette surreprésentation de troubles métaboliques chez ces patients (cf. partie traitement). On retrouve également une grande fréquence des facteurs de risque évitables comme le tabagisme, les consommations d'alcool, le manque d'exercice physique…

5.2. Morbi-mortalité

La schizophrénie est associée à une diminution de l'espérance de vie. En effet, la mortalité des personnes souffrant de schizophrénie est 2 à 3 fois plus élevée que celle de l'ensemble de la population, en raison principalement de comorbidités parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires figurent en tête. Le psychiatre doit donc jouer un rôle central dans la prise en charge globale de la santé des patients souffrant de schizophrénie dont l'accès aux soins est généralement limité. Cette prise en charge doit être multidisciplinaire (médecin généraliste, endocrinologue…).

Le suicide est également un des facteurs expliquant la mortalité plus importante de cette population. En effet, 10 % des patients souffrant de schizophrénie décèdent par suicide.

6. La prise en charge psychiatrique

6.1. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation (en urgence ou non, dans un service de psychiatrie) se justifie dans plusieurs situations :

* épisode aigu avec troubles du comportement,
* risque suicidaire ou de mise en danger,

* risque hétéro agressif.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre. Dans certaines situations, si le patient refuse, si sa capacité à donner son consentement est trop altérée ou s'il existe un comportement hétéro agressif, des soins sans consentement peuvent se justifier (cf. Item 11).

6.2. Le traitement pharmacologique : les antipsychotiques

6.2.1. Objectifs généraux du traitement

Le traitement pharmacologique de la schizophrénie varie selon trois objectifs :

* Le premier objectif concerne l'épisode aigu, et le contrôle rapide de symptômes mettant potentiellement en danger le patient et son entourage (agitation, auto ou hétéro agressivité) ;
* Le choix et l'adaptation du traitement de fond sont réalisés dans un deuxième temps selon l'évolution des symptômes et de la tolérance ;
* Dans un troisième temps, en phase de rémission, les objectifs thérapeutiques consistent à diminuer le risque de rechutes, minimiser le plus possible sur le long terme le retentissement de la maladie et celui des effets secondaires du traitement.

Dès que le contrôle des symptômes le permet, le traitement doit viser à la meilleure récupération fonctionnelle et s'accompagner d'une prise en charge psychosociale, allant de l'éducation thérapeutique du patient et des proches, aux programmes de remédiation cognitive et de réadaptation sociale et professionnelle.

6.2.2. Prise en charge de l'épisode aigu

L'épisode aigu est caractérisé par la recrudescence de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, désorganisation, repli, etc.). Le traitement antipsychotique doit être initié ou modifié rapidement.

En cas d'anxiété ou d'agitation modérée, deux possibilités de molécules anxiolytiques et sédatives s'offrent au thérapeute :

* les antipsychotiques « sédatifs » (ex. : loxapine, cyamémazine, lévomépromazine, chlorpromazine),
* les benzodiazépines (ex. : diazépam, oxazépam) pendant une durée limitée ont fait preuve de leur efficacité pour apaiser le patient et faciliter la poursuite de la prise en charge et l'introduction du traitement antipsychotique. Le risque de développer une dépendance aux benzodiazépines si le traitement est prolongé doit inciter à limiter la durée de prescription de ce traitement.

6.2.3. Mise en place du traitement de fond

L'objectif est la monothérapie antipsychotique. Le choix de l'antipsychotique est fait en fonction de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements déjà reçus. Certains antipsychotiques de deuxième génération (cf. Item 72), sont recommandés en première intention :

* amilsulpride (Solian®),
* aripiprazole (Abilify®),
* olanzapine (Zyprexa®),
* quétiapine (Xeroquel®),
* rispéridone (Risperdal®).

L'antipsychotique choisi doit être approprié à la phase aiguë et au long terme. Il est prescrit à la posologie la plus efficace et il est recommandé, une fois la stabilisation obtenue, de diminuer la

posologie jusqu'à obtention de la dose minimale efficace. En cas d'inefficacité, un autre traitement antipsychotique peut être proposé en deuxième intention.

Classiquement, lorsque le patient a résisté à deux antipsychotiques de deuxième génération à posologie et durée efficaces, la clozapine (Leponex) doit être envisagée (cf. Item 72). Dans les situations où l'observance est difficile, certains antipsychotiques d'action prolongée ou « retard » existent sous forme intra-musculaire permettant selon les molécules une injection tous les 15 jours, 3 semaines ou 4 semaines [par ex., risperidone (Risperdal Consta®, Xeplion®), olanzapine (Zypadhera®), aripiprazole (Maintena®)] (cf. Item 72).

6.2.4. Prise en charge au long cours

Au terme de l'épisode aigu, l'objectif principal est de consolider l'alliance thérapeutique et d'assurer une transition vers la phase d'entretien avec une posologie qui permet un contrôle optimal des symptômes et un risque minimal d'effets secondaires.

Les patients et les familles doivent être informés des effets secondaires potentiels du traitement antipsychotique et conseillés sur la façon dont ils peuvent être évités ou atténués, par des programmes d'éducation thérapeutique.

L'ouverture des droits de prise en charge à 100 % permet de faciliter l'accès aux soins. Les projets de réinsertion sociale et de réadaptation doivent être évoqués dès que le contrôle des symptômes le permet.

6.2.5. Durée du traitement

Après un épisode unique, il est recommandé de poursuivre le traitement au moins 2 ans après avoir obtenu la rémission totale des symptômes psychotiques.

Après un second épisode ou une rechute, le traitement doit être poursuivi au moins 5 ans.

La diminution doit se faire de manière progressive (pas plus de 10 % de diminution de la posologie par mois), et tenir compte des échéances scolaires ou professionnelles. Cette diminution doit dans tous les cas se faire sous surveillance médicale, en maintenant le suivi au moins 12 à 24 mois après un éventuel arrêt, les rechutes pouvant survenir tardivement.

6.2.6. Surveillance et tolérance

Les recommandations préconisent un suivi de l'efficacité et de la tolérance d'un traitement antipsychotique. L'inobservance du traitement étant la première cause d'inefficacité du traitement (cf. Item 72).

Une complication rare mais potentiellement mortelle des antipsychotiques doit impérativement être connue : le syndrome malin des neuroleptiques (cf. Item 72).

6.3. Traitement pharmacologique des comorbidités thymiques

Les antidépresseurs doivent être prescrits lors des épisodes dépressifs caractérisés, en association avec le traitement antipsychotique.

Dans les troubles schizoaffectifs, les thymorégulateurs (ex. : Divalproate de sodium – Dépakote®, ou Lithium – Téralithe®) peuvent être utilisés en association avec le traitement antipsychotique.



L'électroconvulsivothérapie (ECT)

Le traitement par électro-convulsivo-thérapie (ECT) consiste en l'administration d'un courant électrique transcrânien de très faible intensité provoquant secondairement une crise tonico-clonique généralisée. Ce traitement est réalisé sous anesthésie générale de courte durée, associant l'utilisation d'un curare d'élimination rapide, limitant les mouvements (et donc le risque de blessures, luxations, fractures) pendant la crise. Le traitement se déroule sous surveillance clinique et tracé électroencéphalographique.

Les indications de ce traitement sont les suivantes :

* Troubles de l'humeur :
  - épisode dépressif caractérisé, uni ou bi polaire, en première intention s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide/anorexie, déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse. L'efficacité du traitement par ECT est alors supérieure à 80 %,
  - épisode maniaque, de la même manière s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide/déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse ;
* Troubles psychotiques :
  - syndrome positif résistant dans la schizophrénie, notamment en association avec certains antipsychotiques,
  - syndrome catatonique : en première intention s'il existe un risque vital à court terme (ex : déshydratation, syndrome neurovégétatif) ou en cas de résistance aux benzodiazépines.

La seule contre-indication absolue à un traitement par ECT est l'hypertension intracrânienne. Les autres contre-indications, relatives, sont celles dues à la forte activation du système sympathique lors de la stimulation électrique, et à celles dues à l'anesthésie générale.

Aucun bilan paraclinique pré thérapeutique aux ECT n'est obligatoire. Le bilan clinique et paraclinique pour éliminer un diagnostic différentiel est cependant indispensable et une imagerie cérébrale (TDM cérébral ou IRM cérébrale) souvent justifiée pour s'assurer de l'absence d'hypertension intracrânienne.

Au niveau pré-thérapeutique, le bilan paraclinique sera déterminé par le psychiatre et l'anesthésiste en fonction du contexte clinique et des comorbidités. Une consultation pré-anesthésie est obligatoire. Le bilan biologique minimal systématique pré-anesthésie sera réalisé en fonction des recommandations anesthésiques.

Les effets secondaires au décours de la crise peuvent être des céphalées, des nausées. À moyen terme, des altérations cognitives, essentiellement mnésiques antérogrades peuvent être retrouvées, mais disparaissent dans les deux mois suivants le dernier soin par ECT. Des altérations mnésiques rétrogrades peuvent être retrouvées, même des années plus tard, concernant la période entourant le soin par ECT.

6.4. Les traitements non pharmacologiques

6.4.1. Traitement physique : place de l'électro-convulsivo-thérapie

Elle peut être utilisée dans les schizophrénies catatoniques, lorsqu'il existe des épisodes thymiques, ou dans les formes avec syndrome positif résistant. D'autres traitements physiques peuvent également être utilisés dans des situations particulières (ex. : la stimulation magnétique transcrânienne).

6.4.2. Psychothérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectif de réduire les symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit.

Les idées délirantes et les hallucinations pourraient résulter d'erreurs d'interprétation, d'attributions erronées en lien avec des biais cognitifs (biais de raisonnement). Les thérapies cognitivo-comportementales visent alors à modifier ces erreurs de raisonnement et surtout les conséquences

émotionnelles et comportementales qui en résultent, afin de permettre au patient de faire face de manière plus rationnelle à ses symptômes.

Les thérapies comportementales peuvent également être utilisées dans le syndrome négatif.

La schizophrénie entraîne le plus souvent une altération importante des capacités de communication et des compétences sociales. L'objectif de cette forme de thérapie de groupe est de développer ces capacités par des exercices portant sur des situations de la vie quotidienne.

6.4.3. Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique vise à transmettre au patient, et éventuellement à sa famille, un certain niveau de compréhension et de maîtrise de ses troubles. L'objectif est de construire avec chaque patient un minimum de langage commun et de consensus sur les difficultés et les objectifs des soins. Ces programmes d'éducation thérapeutique permettent de réduire le risque de rechutes.

6.4.4. Remédiation cognitive (cf. Item 117)

Les altérations cognitives dans la schizophrénie, peu accessibles au traitement pharmacologique, expliquent une grande part du handicap psychique de ces patients. Ce constat a conduit au développement de techniques visant à rééduquer ou « remédier » le fonctionnement cognitif, qu'il s'agisse de compétences neuropsychologiques non spécifiques (attention, mémoire, fonction exécutive, métacognition) ou de cognition sociale (reconnaissance des émotions, capacités d'attribution d'intention à autrui).

6.4.5. Réadaptation psychosociale

L'ensemble de ces soins requiert des compétences et des métiers multiples.

Les secteurs de psychiatrie organisent ces soins, au sein de centres médico-psychologiques et d'hôpitaux de jour, de Centre d'activité thérapeutique à temps partiel, etc., dans une stratégie globale d'aide à l'accès au travail ou à des activités favorisant le maintien d'un lien social (cf. Item 117).

Cette prise en charge nécessite un partenariat entre : les structures sanitaires qui assurent les soins de réadaptation et les structures médico-sociales qui ont en charge un accompagnement des patients dans la vie quotidienne ou professionnelle.



La schizophrénie est une maladie fréquente (prévalence d'environ 1 %) et grave. La maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et résulte de facteurs de vulnérabilité génétiques et de facteurs environnementaux.

La sémiologie de la schizophrénie regroupe le syndrome positif (idées délirantes et hallucinations), le syndrome de désorganisation et le syndrome négatif (repli social, émoussement des affects, isolement). D'autres syndromes sont fréquemment associés (altérations cognitives, troubles de l'humeur…). Le diagnostic de schizophrénie est clinique et repose sur l'association d'au moins deux syndromes (positif ou négatif ou de désorganisation) ainsi qu'une évolution de ces signes depuis au moins 6 mois. L'absence de diagnostic différentiel est également un élément clé du diagnostic et nécessite un examen physique complet, un bilan biologique et une IRM cérébrale particulièrement en cas de signe d'appel ou de manifestations atypiques. On distingue

différentes formes cliniques selon le mode de début (aigu ou insidieux), selon la symptomatologie prédominante et selon l'âge de début.

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre et d'une forme à l'autre. L'évolution est généralement chronique, marquée par des épisodes psychotiques plus ou moins espacés avec des intervalles plus ou moins symptomatiques. La schizophrénie est associée à une diminution de l'espérance de vie principalement en raison de comorbidités parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires et le risque suicidaire figurent en tête.

La prise en charge de la schizophrénie repose sur des structures de soins adaptées (hospitalisation complète, hôpital de jour, centre médico-psychologique…), un traitement pharmacologique de fond : les antipsychotiques, le traitement des comorbidités et la réhabilitation psycho-sociale (psycho-éducation, thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive et réadaptation psychosociale).



Références pour approfondir



Daléry J., d'Amato T., Saoud M. *et al.*, *Pathologies schizophréniques,* Lavoisier, Médecine Sciences Publications, 2012, 362 p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf

63

TROUBLES PSYCHOTIQUES

item 63

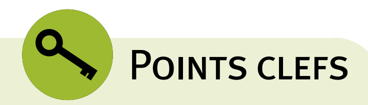
TROUBLE DÉLIRANT PERSISTANT



* Diagnostiquer un trouble délirant persistant.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

CAS CLINIQUES SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/63





Points clefs

* Les troubles délirants persistants débutent le plus souvent entre **40 et 50 ans**.
* Ils sont définis par la présence **d'idées délirantes** évoluant depuis **au moins un mois, sans désorganisation ni symptômes négatifs**. Les hallucinations peuvent être présentes mais ne sont pas au premier plan. Le diagnostic ne peut être posé qu'après avoir éliminé une cause toxique ou liée à une pathologie non-psychiatrique.
* On distingue différentes formes cliniques en fonction du **thème des idées délirantes** : trouble délirant de type érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, de type somatique.
* Le traitement repose sur l'hospitalisation selon le contexte (en privilégiant une SPDRE en cas de soins sans consentement), un traitement antipsychotique avec possibilité d'adjonction d'un antidépresseur en cas de commorbidités dépressives ou anxieuses associées et une psychothérapie individuelle.

1. Introduction

La plupart des troubles psychotiques ont été décrits en Europe au début du xxe siècle. Les troubles délirants chroniques non schizophréniques comprenaient alors classiquement la psychose paranoïaque, la psychose hallucinatoire chronique, la paraphrénie et les psychoses passionnelles (voir encadré « Histoire de la psychiatrie »). Aujourd'hui, les classifications internationales (DSM 5 et CIM-10) regroupent les différentes formes de troubles délirants chroniques non-schizophréniques sous le diagnostic trouble délirant et considère différents sous-types en fonction du thème des idées délirantes (érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution et de type somatique).

2. Contexte épidémiologique

La prévalence vie entière des troubles délirants persistants est estimée à 0,2 % et l'incidence annuelle entre 1 et 3 pour 100 000. Le sex-ratio est proche de 1 même si l'on retrouve une prédominance masculine pour le sous-type de jalousie. L'entrée dans la pathologie se fait à l'âge adulte, le plus souvent entre 40 et 50 ans et le sous-type le plus fréquent est le sous-type de persécution. Les facteurs de risque associés au trouble délirant persistant sont l'âge avancé, l'isolement ou les déficits sensoriels, des antécédents familiaux de troubles délirants, les troubles de personnalité, l'immigration et l'isolement social.

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. Rappel sur les idées délirantes

Une idée délirante correspond à une altération du contenu de la pensée, entraînant une perte du contact avec la réalité. Les idées délirantes sont fréquemment l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne » qui peut paraitre plausible, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socioculturel du sujet.

3.2. Caractérisation des idées délirantes dans le trouble délirant persistant

Thème	Les thèmes les plus fréquemment retrouvés sont l'érotomanie, la grandeur (ou mégalomanie), la jalousie, la persécution, et les thématiques somatiques.
Mécanisme	Les mécanismes rencontrés sont principalement interprétatif, l'intuitif, et imaginatif. Le mécanisme hallucinatoire n'est en général pas prédominant.
Systématisation	Les idées délirantes sont bien systématisées, c'est-à-dire qu'elles se déroulent de façon logique et cohérente. De plus, elles comportent généralement un thème unique.
Adhésion	Le sujet adhère totalement à ses idées délirantes.
Retentissement émotionnel et comportemental	Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif.



Histoire de la psychiatrie

L'École psychiatrique française reconnaît trois types de troubles délirants persistants non schizophréniques différenciés selon leur mécanisme principal :

* les psychoses paranoïaques (mécanisme interprétatif et intuitif),
* la psychose hallucinatoire chronique (mécanisme hallucinatoire),
* les paraphrénies (mécanisme imaginatif).

Ainsi, Sérieux et Capgras présentent, en 1909, le délire chronique d'interprétation, ou folie raisonnante. En 1921, Gaëtan de Clérambault isole de ces délires d'interprétation, les psychoses passionnelles, en décrivant l'érotomanie et le délire de jalousie. En 1911, Gilbert Ballet individualise la psychose hallucinatoire chronique. Les délires d'imagination ou paraphrénie sont décrits en 1913 par Dupré et Logre.

Ces différents types de troubles délirants décrits par les psychiatres français au début du XXe siècle apparaissent donc sous une autre terminologie dans cet item. La psychose hallucinatoire chronique n'ayant pas de reconnaissance nosographique dans les classifications internationales, elle sera évoquée dans le chapitre sur la schizophrénie.

Les idées délirantes lorsqu'elles sont systématisées ont été décrites comme s'organisant en secteur, c'est-à-dire que les idées délirantes n'envahissent qu'un champ de la vie du sujet en réseau, c'est-à-dire que les idées délirantes envahissent plusieurs champs de la vie du sujet.

181

4. Le trouble délirant persistant

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour poser le diagnostic de trouble délirant persistant...

Le diagnostic sera posé devant la présence d'idées délirantes évoluant depuis plus d'un mois.

Ces idées délirantes n'apparaissent pas comme bizarres, c'est-à-dire que le contenu des idées délirantes apparaît relativement plausible même si la conviction délirante constitue une idée fixe et est inébranlable. Pour poser le diagnostic il ne doit pas exister de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif. Si des hallucinations sont présentes elles ne sont pas au premier plan et

sont en rapport avec le contenu des idées délirantes. De plus, les idées délirantes ne doivent pas être attribuables à une pathologie non-psychiatrique ou à un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive.

Du fait de l'absence de syndrome de désorganisation ou négatif, le trouble délirant persistant n'est généralement pas associé à une altération marquée du fonctionnement.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

Les différentes formes ou sous types de troubles délirants persistants sont définies en fonction du thème des idées délirantes.

Le trouble délirant persistant de type **érotomaniaque** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction erronée d'être aimé(e) par un individu, le plus souvent d'un haut niveau social. Il découle d'un mécanisme intuitif au départ, puis interprétatif et est plus fréquent chez les femmes. Dans sa description initiale, il évolue en trois phases : d'abord une phase longue d'espoir, à laquelle succède une phase de dépit, puis de rancune durant laquelle les sollicitations deviennent injures et menaces. Le risque de passage à l'acte est alors important et peut justifier une hospitalisation sans consentement.

Le trouble délirant persistant de type **mégalomaniaque** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être doué d'un talent ou d'un pouvoir méconnu, ou d'avoir fait une découverte importante. Il peut aussi porter sur le fait d'avoir des relations haut-placées ou d'être soi-même une personnalité importante.

Le trouble délirant persistant de type **de jalousie** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction que son partenaire est infidèle. Cette forme est plus fréquente chez les hommes et les idées délirantes sont fréquemment associées à un trouble lié à l'usage d'alcool.

Le trouble délirant persistant de type **de persécution** (nommé délire paranoïaque dans la CIM-10) est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être victime d'un complot, d'un espionnage, de tentatives d'empoisonnement ou d'être victime d'une conspiration visant à empêcher l'aboutissement des projets personnels de l'individu. Ce sous-type peut fréquemment être associé à des recours en justice ou aboutir à des passages à l'acte violents sur la personne désignée comme « persécuteur ».

Le trouble délirant persistant de type **somatique** est caractérisé par des idées délirantes centrées sur les sensations ou les fonctions corporelles. Les plus fréquentes concernent la sensation d'émettre une odeur nauséabonde, d'être infesté par des insectes ou des parasites internes (syndrome d'Ekbom), que certaines parties du corps sont difformes ou encore que certains organes ne fonctionnent pas.

De plus, il peut exister des formes **mixtes** avec des associations de plusieurs thèmes sans qu'aucun ne soit prédominant, ou **indifférenciées** si elles ne correspondent à aucun des sous-types décrits.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non-psychiatriques

* Troubles neurodégénératifs.

4.2.2. Intoxication par une substance psychoactive

* Cannabis.
* Traitements par L-Dopa ou d'autres agonistes dopaminergiques.

4.2.3. Pathologies psychiatriques

* Autres troubles psychotiques : schizophrénie, troubles schizo-affectifs.
* Troubles de l'humeur (manie délirante, mélancolie délirante).
* Troubles de personnalité (notamment les troubles de personnalité paranoïaque, borderline et antisociale).
* Dans certains cas les troubles obsessionnels-compulsifs.

Ces diagnostics différentiels rendent nécessaire la réalisation d'un examen clinique complet et des examens complémentaires à réaliser systématiquement devant tout trouble psychotique (hémogramme, ionogramme, glycémie, calcémie, TSH, bilan hépatique, ECG et imagerie cérébrale).

5. La prise en charge psychiatrique

5.1. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation d'un patient souffrant d'idées délirantes de persécution pose de nombreux problèmes sur le plan thérapeutique car elle accentue le sentiment de persécution et peut aggraver les comportements de revendication, c'est-à-dire la réclamation d'une réparation disproportionnée d'un préjudice délirant.

En cas d'hospitalisation sans consentement, la modalité **des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SDRE)** est le plus souvent indispensable puisque le tiers qui serait à l'origine d'une SPDT (soins psychiatriques à la demande d'un tiers) pourrait être désigné comme persécuteur par la suite. Les indications d'hospitalisation sont le danger pour la sécurité des personnes et les troubles à l'ordre public (cf. Item 11).

5.2. Traitement pharmacologique

Le recours à un **traitement antipsychotique** est recommandé dans les troubles délirants persistants (cf. Item 72). Les mêmes précautions d'emploi que chez les patients souffrant de schizophrénie sont nécessaires. Cependant les traitements antipsychotiques sont souvent moins efficaces dans les troubles délirants persistants que dans le traitement des idées délirantes des patients schizophrènes.

L'association à un traitement **antidépresseur** est parfois nécessaire pour traiter une comorbidité de type épisode dépressif caractérisé ou troubles anxieux.

5.3. Traitement non pharmacologique : la psychothérapie

Dans ce cadre, la thérapie individuelle semble plus efficace que la thérapie de groupe. Une psychothérapie de soutien ou cognitivo-comportementale doit systématiquement être proposée en association au traitement médicamenteux.



Résumé

La prévalence vie entière du trouble délirant persistant est estimée à **0,2 %** et il apparaît le plus souvent entre **40 et 50 ans**. Le diagnostic est posé devant des **idées délirantes** présentes depuis **au moins un mois**. Les idées délirantes diffèrent de celles de la schizophrénie essentiellement par sa systématisation, et l'absence de désorganisation ou de symptômes négatifs. Les différentes formes de troubles délirants persistants sont identifiées à partir du **thème des idées délirantes : érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution ou encore de type somatique**. Le traitement repose sur les **antipsychotiques**, la **psychothérapie individuelle** et peut s'appuyer sur les structures de soins hospitalières ou ambulatoires.



Références pour approfondir

Kaplan H., Sadock B., *Autres troubles psychotiques*. *Synopsis de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte I*, Elsevier Masson, 1998, p. 219-257.

64a

Troubles de l'humeur

item 64a

Trouble dépressif de l'adolescent et de l'adulte



* Diagnostiquer un trouble dépressif.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.1





Le trouble dépressif est associé à un risque suicidaire majeur.

Un épisode dépressif caractérisé se définit par :

* une rupture avec l'état antérieur avec la présence des symptômes suivants, dont l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou du plaisir, présents presque tous les jours pendant une durée d'au moins 2 semaines consécutives :
    - augmentation/diminution significative du poids ou de l'appétit,
    - insomnie ou hypersomnie,
    - agitation ou ralentissement psychomoteur,
    - fatigue ou perte d'énergie,
    - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité,
    - altération de la concentration ou indécision,
    - idées de mort ou suicidaires ;
* souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement ;
* absence de causes médicales non-psychiatriques ou absence de causes toxiques ;
* ne répond pas aux critères d'une schizophrénie ou d'un autre trouble délirant persistant ;
* pas d'antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Son intensité peut être légère, modérée ou sévère.

Les différentes formes cliniques de l'épisode dépressif caractérisé sont :

* avec caractéristiques mélancoliques,
* avec caractéristiques psychotiques (congruentes ou non à l'humeur),
* avec caractéristiques mixtes,
* avec caractéristiques atypiques,
* avec caractéristiques anxieuses,
* avec caractéristiques catatoniques,
* avec début durant le péri-partum.

Le trouble dépressif caractérisé peut se présenter sous différentes formes évolutives :

* trouble dépressif caractérisé isolé,
* trouble dépressif caractérisé récurrent,
* trouble dépressif persistant (anciennement trouble dysthymique),
* trouble dysphorique prémenstruel.

Diagnostics différentiels : autres troubles de l'humeur, toujours rechercher un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire, une schizophrénie ou autre trouble délirant persistant, une cause médicale non-psychiatrique, iatrogène ou toxique.

Comorbidités : troubles anxieux, troubles addictifs (alcool), troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, comorbidités non-psychiatriques.

Les complications sont principalement représentées par le risque de suicide, de désinsertion socio-professionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques.

Pour les formes modérées à sévères, le traitement médicamenteux est toujours nécessaire : antidépresseur (1re intention ISRS) pendant au moins 6 mois. Nécessité d'une surveillance clinico-biologique et réévaluation du risque suicidaire.

L'ECT est indiqué dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif en cas d'urgence vitale et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux.

Toujours associée une psychothérapie de soutien +/– une psychothérapie structurée.

1. Introduction

Le trouble dépressif caractérisé est un trouble psychiatrique courant associé à un risque élevé de suicide.

L'épisode dépressif caractérisé s'intègre dans différentes entités nosographiques (trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire) ou peut être comorbide d'un autre trouble psychiatrique (troubles anxieux, troubles addictifs) ou d'un trouble non-psychiatrique. Il peut être isolé ou se répéter et succéder à des événements de vie.

Le terme « dépression » correspond dans la classification actuelle du DSM-5 à **l'épisode dépressif caractérisé** (anciennement « épisode dépressif majeur »).

Dans ce chapitre, nous ne traitons que de l'épisode dépressif caractérisé dans le cadre du trouble dépressif caractérisé (ou dit « unipolaire »). L'épisode dépressif caractérisé dans le cadre du trouble bipolaire (parfois appelé « dépression bipolaire ») est traité dans l'item sur les troubles bipolaires (cf. Item 62).



La traduction française de la dernière version du DSM-5 a modifié l'ancienne terminologie « épisode dépressif majeur » pour « épisode dépressif caractérisé ». Cette modification permet d'éviter la confusion avec les critères de sévérité de l'épisode (léger, moyen, sévère). En conséquence, nous conseillons d'utiliser le terme épisode dépressif caractérisé.

2. Contexte épidémiologique

L'OMS recense dans le monde chaque année plus de 100 millions de cas d'épisode dépressif caractérisé.

Le trouble dépressif caractérisé est une pathologie fréquente avec une prévalence ponctuelle des épisodes dépressifs caractérisés en France de 5 % et une prévalence vie entière de 11 % chez les hommes et 22 % chez les femmes.

Il est associé à un risque suicidaire important puisque 30 à 50 % des tentatives de suicide en France sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé et que plus de 80 % des suicidés présentent un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte (cf. Item 348).

Le premier épisode dépressif caractérisé peut survenir à tout âge. Il survient néanmoins plus fréquemment chez l'adulte jeune.

Il est plus fréquent chez la femme à partir de l'adolescence avec un sex-ratio de 1/2 (1 homme pour 2 femmes).

Il survient indépendamment de l'ethnie, du niveau d'éducation et du statut socio-économique. Il est à l'origine de coûts (directs et indirects) conséquents pour la société et génère un haut niveau de handicap (1re cause d'année de vie perdue en bonne santé dans le monde).

3. Sémiologie psychiatrique

Un syndrome dépressif est caractérisé par la persistance dans le temps d'une tristesse pathologique de l'humeur et d'une baisse d'énergie. Il est caractérisé par une constellation de symptômes et de signes, qui varie d'un sujet à un autre.

Perturbations psychoaffectives	**Perturbation de l'humeur :** * humeur dépressive/triste ; * il s'agit d'un sentiment pénible, douloureux, envahissant ; * elle est quasi constante dans le temps, indépendamment des circonstances environnantes ou des événements de vie ; * elle prédomine le plus souvent le matin, dès le réveil et a tendance à s'améliorer au cours de la journée. **Perturbation des émotions :** * anhédonie (= perte du plaisir). L'anhédonie est presque toujours présente à des degrés divers. Elle s'évalue en fonction du degré habituel d'intérêt du sujet, très variable d'une personne à l'autre et s'observe dans tous les domaines (vie affective, socio-professionnelle et loisirs) ; * anesthésie affective ; * anxiétés, angoisses. **Altérations du contenu de la pensée :** * idées de culpabilité : reproches pour des actes quotidiens banals ou passés qui n'avaient jusque-là suscité aucun sentiment de culpabilité. Sentiment d'une dette envers sa famille, d'être un poids pour les siens, voire à l'extrême, la culpabilité tourne à l'auto-accusation ; * idées de dévalorisation : perte de l'estime de soi, autodépréciation, conduisent à un sentiment d'incapacité, d'inutilité ou d'indignité ; * idées d'incurabilité. **Idées suicidaires :** Il peut s'agir : * de pensées centrées sur la mort (idées de mort), le patient s'interrogeant sur la nécessité de continuer à vivre ; * d'idées suicidaires avec ou sans plan précis pour se suicider.
Perturbations psychomotrices	**Ralentissement psychomoteur ou agitation peuvent alterner ou être associés.** **Perturbations du cours de la pensée (ralentissement) :** * bradypsychie (ralentissement des idées), * ruminations : pensées répétées, centrées sur soi et à contenu négatif, * monoidéisme (pensées répétées sur un seul contenu négatif). **Altérations cognitives :** * altérations de la concentration, * altérations de la mémoire, * déficit de l'attention, * indécision. **Ralentissement moteur et comportemental :** * bradykinésie (lenteur des mouvements), * hypomimie (diminution des expressions du visage), voire amimie, * bradyphémie (lenteur du discours), * voix monocorde (aprosodie), * clinophilie, * incurie, * aboulie (= incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés, et une grande difficulté à prendre des décisions ≠ apragmatisme = difficultés à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités). L'agitation se manifeste au contraire par des déambulations permanentes, l'incapacité à s'asseoir. Elle est souvent liée à un état de tension interne ou d'anxiété.

Perturbations physiologiques	**Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens :** * plainte d'insomnie (le plus fréquent) à type de réveils nocturnes, de réveils précoces et/ou difficultés d'endormissement ; * ou plainte de somnolence (cf. Item 108). **Fatigue ou perte d'énergie :** * fatigue : signe d'appel non-spécifique mais très fréquent ; * asthénie ou la perte d'énergie peut être présente en permanence. **Perturbations des conduites alimentaires :** * perte d'appétit (anorexie), le plus fréquent ; * dans d'autres cas : augmentation de l'appétit, et/ou modifications des habitudes alimentaires (remplacement des repas par des prises rapides de nourriture, grignotage plus ou moins permanent, appétence pour les sucrés) ; * variations de poids, le plus souvent dans le sens d'une perte, mais parfois d'un gain. **Perturbations de la sexualité** * diminution du désir et de l'excitation sexuelle, hyposexualité. Autres symptômes neurovégétatifs, digestifs, urinaires, cardiovasculaires, douloureux, etc.

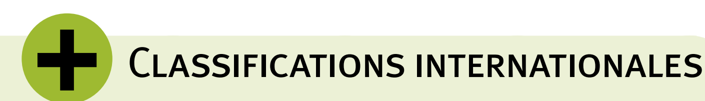
4. Le trouble dépressif

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Poser le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé dans le cadre du trouble dépressif caractérisé (« unipolaire »)

Pour poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, il faut :

* une sémiologie telle que décrite précédemment ;
* une évolution depuis **plus de 15 jours** ;
* une **altération marquée du fonctionnement** professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ;
* **l'absence de diagnostic différentiel** (effets physiologiques directs d'une substance ou d'une autre affection médicale).



Les critères DSM-5 pour un épisode dépressif caractérisé sont les suivants :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une **durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état antérieur** ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
   N.B. : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif (5 %) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
   N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peut ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels qu'un sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autres que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif caractérisé en plus de la réponse normale à une perte significative.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- léger (symptômes juste suffisants au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé/peu de perturbations sociales ou professionnelles),
- moyen (plus de symptômes que nécessaire / perturbations sociales ou professionnelles modérées),
- sévère (quasiment tous les symptômes / perturbations sociales ou professionnelles nettes).

4.1.2. Les différentes caractéristiques cliniques de l'épisode dépressif caractérisé actuel

Le DSM-5 précise des spécifications de l'épisode dépressif caractérisé qui vont correspondre à des formes cliniques distinctes :

* avec caractéristiques mélancoliques,
* avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur,
* avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur,
* avec caractéristiques mixtes,
* avec caractéristiques atypiques,
* avec caractéristiques catatoniques,
* avec caractéristiques anxieuses,
* avec début dans le péri-partum (cf. Item 62),
* avec caractéristiques saisonnières (cf. Item 62).

4.1.2.1. Avec caractéristiques mélancoliques

La caractéristique mélancolique correspond à un épisode dépressif d'intensité particulièrement sévère associée à un risque suicidaire élevé. La souffrance morale est profonde, le ralentissement moteur est majeur et peut être associé à un mutisme.

Elle se caractérise par une anhédonie et/ou un manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables (anesthésie affective), associés à plusieurs des symptômes suivants :

* une humeur dépressive marquée par un découragement profond, un sentiment de désespoir, voire d'incurabilité,
* des symptômes cliniques plus marqués le matin,
* des troubles du sommeil avec réveils matinaux précoces,
* une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué,
* une perte d'appétit ou de poids significative,
* une culpabilité excessive ou inappropriée.

4.1.2.2. Avec caractéristiques psychotiques

Autrefois appelé « dépression psychotique » ou « mélancolie délirante ».

L'épisode dépressif est associé à la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. Les thématiques délirantes sont le plus souvent des idées de ruine, d'incapacité, de maladie, de mort, d'indignité, de culpabilité.

Le DSM-5 spécifie l'épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques en 2 sous-types :

* épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : le contenu de toutes les idées délirantes et des hallucinations est en rapport avec les thèmes dépressifs ;
* épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : le contenu de toutes les idées délirantes et des hallucinations n'ont aucun rapport avec les thèmes dépressifs (thème mystique, par ex.).

Le **Syndrome de Cotard** ou de négation d'organe est une forme clinique particulière de l'épisode dépressif caractérisé qui associe des idées délirantes de négation d'organes, de négation du temps (immortalité) ou de négation du monde (rien n'existe plus).

4.1.2.3. Avec caractéristiques mixtes (anciennement épisode mixte)

Au moins 3 symptômes maniaques ou hypomaniaques sont présents pendant la majorité des jours de l'épisode dépressif caractérisé.

4.1.2.4. Avec caractéristiques atypiques

La caractéristique atypique s'applique lorsque le sujet présente une réactivité de l'humeur qui vient s'opposer à l'habituelle humeur triste quasi constante dans le temps.

D'autres symptômes peuvent être associés à cette réactivité de l'humeur :

* une augmentation de l'appétit ou une prise de poids importante,
* une hypersomnie,
* une sensation de membres lourds,
* une sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles ne se limitant pas à l'épisode.

4.1.2.5. Avec caractéristiques anxieuses

L'épisode dépressif est associé à des signes d'anxiété au 1er plan. **L'agitation anxieuse peut être associée à un risque majeur de passage à l'acte suicidaire** (raptus anxieux).

Les principaux symptômes sont une :

* sensation d'énervement ou de tension intérieure,
* sensation d'agitation inhabituelle,
* difficulté à se concentrer en raison de l'inquiétude,
* peur que quelque chose de terrible n'arrive,
* impression de perte de contrôle de soi-même.

4.1.2.6. Avec caractéristiques catatoniques

Le syndrome catatonique est marqué par un ensemble de symptômes psychomoteurs qui peuvent comprendre : la catalepsie (flexibilité cireuse), le négativisme, et les stéréotypies, impulsions, écholalie, échopraxie. Les étiologies les plus fréquentes de syndrome catatonique sont les étiologies non-psychiatriques ; et dans les étiologies psychiatriques, les étiologies les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur.



Le syndrome catatonique

Le syndrome catatonique, décrit par Karl Kahlbaum en 1874, est un syndrome psychomoteur qui a longtemps été associé au diagnostic de schizophrénie. Cependant, plusieurs décennies de recherche clinique et pharmacologique ont permis de démontrer que le syndrome catatonique est en fait « transnosographique » et peut se rencontrer dans de très nombreuses pathologies. En psychiatrie, le syndrome catatonique est ainsi plus fréquent dans les troubles de l'humeur que dans la schizophrénie (sauf chez l'enfant). Il existe également un très grand nombre d'étiologies non-psychiatriques au syndrome catatonique (ex. : encéphalites, pathologies neuroinflammatoires, maladie d'Addison, déficit en vitamine B12, etc). Le syndrome catatonique est important à reconnaître en pratique clinique (Échelle de Bush et Francis) car il bénéficie d'une prise en charge spécifique et de traitements efficaces comme les benzodiazépines et l'électro-convulsivo-thérapie.

4.1.3. Les différentes formes cliniques des troubles dépressifs

L'épisode dépressif caractérisé peut être isolé, récurrent, persistant, induit ou secondaire. Le DSM-5 définit ainsi en fonction du contexte d'apparition et de l'évolution d'un (ou des) épisode(s) dépressif(s) caractérisé(s) différents types de troubles dépressifs :

* **trouble dépressif caractérisé isolé.** Présence d'un unique épisode dépressif caractérisé ;
* **trouble dépressif caractérisé récurrent.** Présence d'au moins 2 épisodes dépressifs caractérisés séparés d'une période sans symptôme d'au moins 2 mois consécutifs ;
* **trouble dépressif persistant** (anciennement trouble dysthymique). Il correspond à la présence d'une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, pendant la majorité des jours pendant au moins 2 ans (1 an pour les adolescents) ;
* **trouble dysphorique prémenstruel** (uniquement chez la femme). Il correspond à la présence de symptômes dépressifs pouvant être associés à une labilité émotionnelle marquée, une anxiété importante ou des symptômes physiques (tension des seins, douleurs articulaires ou musculaires) au cours de la plupart des cycles menstruels.

4.2. Diagnostics différentiels

Il est nécessaire de discuter les **diagnostics différentiels psychiatriques :**

* autres troubles de l'humeur (cf. Item 62) troubles bipolaires type I ou II,
* les troubles délirants persistants (si présence de symptômes psychotiques associés) (cf. Item 61),
* schizophrénie (cf. Item 61),
* trouble de personnalité (dont personnalité état-limite) (cf. Item 64),
* trouble anxieux (cf. Item 64),
* trouble obsessionnel compulsif (cf. Item 64),
* troubles addictifs.

Les diagnostics différentiels liés à une étiologie non-psychiatrique, pouvant induire du syndrome dépressif, sont :

* toxiques : usage de substances psychoactives (alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent +++ (attention un épisode dépressif caractérisé peut néanmoins faire suite à une prise initiale de substance) ;
* neurologiques : tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, un début de démence (surtout si patients âgé), épilepsie focale (rare) ;
* endocriniennes : troubles thyroïdiens (hypothyroïdie), maladie de Cushing (hypercorticisme) ;
* métaboliques : hypoglycémie, troubles ioniques, maladie de Wilson, etc. ;
* iatrogéniques : médicamenteuses (corticoïdes, interféron-alpha, bêta-bloquants, L-Dopa, etc.).

Comme pour toute pathologie psychiatrique, a fortiori aiguë, une étiologie non-psychiatrique devra être éliminée à l'aide :

* **bilan clinique complet** : à détailler de manière hiérarchique selon la présentation clinique ;
* **bilan paraclinique :** voir tableau ci-après.

Bilan sanguin	Glycémie capillaire, voire veineuse. Ionogramme, calcémie. Bilan urinaire : urée, créatinémie. NFS, plaquettes, CRP. TSHUS. Bilan hépatique.
Bilan urinaire	Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines.
Imagerie	Cérébrale : scanner cérébral en urgence (si c'est un premier épisode ou pour les autres épisodes s'il existe des signes d'appel neurologique), ou IRM si accès et possible. EEG (si c'est un premier épisode ou pour les autres épisodes s'il existe des signes d'appel neurologique). ECG (bilan pré-thérapeutique des antipsychotiques).
Autres examens complémentaires	Selon points d'appels cliniques.

4.3. Comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques

Les comorbidités sont fréquentes dans le trouble dépressif caractérisé :

* **troubles anxieux (50 à 70 %)** : tels que le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel compulsif, la phobie sociale ou le trouble stress post-traumatique ;
* **troubles addictifs (30 %)** : les usages nocifs et dépendance d'alcool, et dans une moindre mesure les consommations d'autres substances psychoactives (nicotine, cannabis, cocaïne…) ;
* **trouble schizophrénique** : dans le cas d'un épisode dépressif post-psychotique dans les suites d'un épisode de décompensation psychotique aigu (même s'il est parfois difficile de le distinguer avec un trouble schizo-affectif) ;
* **troubles de conduites alimentaires** : anorexie mentale, boulimie ;
* troubles du contrôle des impulsions ;
* troubles de la personnalité ;
* **comorbidités non-psychiatriques** (pathologies cardio-vasculaires, syndrome métabolique, pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales, maladies neurodégénératives…).

4.4. Notion de physiopathologie

Le trouble dépressif est multifactoriel mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux.

Il existe de nombreuses descriptions qui ont évolué ces dernières années impliquant des dysfonctionnements des systèmes de neurotransmission monoaminergiques (sérotonine , noradrénaline, dopamine), des hormones du stress (cortisol), des mécanismes inflammatoires, des neurotrophines (BDNF), ainsi que des boucles fronto-sous-corticales.

5. Le pronostic et l'évolution

L'évolution du trouble dépressif caractérisé est variable :

* un seul épisode dépressif caractérisé sur la vie (50 %) ;
* récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés avec une fréquence variable (35 %) ;
* chronicité avec une évolution de l'épisode en cours supérieure à 2 ans (15 %).

Les patients présentant un épisode dépressif caractérisé peuvent évoluer vers une rémission complète ou présenter des symptômes dépressifs résiduels persistants (rémission partielle) en nombre alors insuffisant pour porter le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé.

Certains patients présenteront une résistance au traitement antidépresseur (échec de deux traitements antidépresseurs bien conduits en termes de posologie et de durée).

Les complications sont principalement représentées par le risque de suicide, de désinsertion socio-professionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques.

Les facteurs de mauvais pronostics, prédictifs de rechutes ou récurrences dépressives sont :

* le sexe féminin,
* une histoire familiale de trouble de l'humeur,
* un âge de début précoce,
* le nombre d'épisodes passés,
* une durée plus longue de l'épisode index,
* une sévérité plus importante de l'épisode index,
* la persistance de symptômes résiduels dépressifs,
* la présence d'une comorbidité psychiatrique ou non-psychiatrique.

6. Prise en charge psychiatrique d'un épisode dépressif caractérisé dans le cadre du trouble dépressif caractérisé (« unipolaire »)

6.1. L'hospitalisation en psychiatrie

Une hospitalisation se justifie en cas de :

* risque suicidaire élevé ou de mise en danger,
* épisode dépressif caractérisé sévère,
* épisode avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques.

Les formes sévères et/ou résistantes au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique, avec comorbidités complexes (psychiatriques : troubles anxieux sévères, troubles addictifs notamment, ou non-psychiatriques rendant l'état médical général préoccupant), en particulier dans les situations d'isolement ou de soutien socio-familial réduit, pourront nécessiter également une hospitalisation.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre. Les modalités de soins sans consentement sont à évaluer en fonction de la capacité du patient à donner son consentement.

En cas de prise en charge ambulatoire, proposer des consultations rapprochées et régulières (1x/semaine) avec réévaluation systématique de l'état clinique, de la réponse thérapeutique et du risque suicidaire.

En cas d'hospitalisation, celle-ci permet en particulier la réévaluation et prévention du risque suicidaire, l'inventaire des effets personnels, la prévention des complications éventuelles d'un alitement prolongé ou de carences alimentaires.

6.2. Traitement pharmacologique

6.2.1. Bilan pré-thérapeutique clinique complet et paraclinique

- Notamment poids, T°, PA, FC, état buccodentaires, IMC, mesure du périmètre abdominal.
- NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, glycémie, bilan lipidique (TG, cholestérol), bilan rénal (urée, créatinémie), bilan hépatique (GGT, ASAT, ALAT, PAL), bilan thyroïdien (TSHus), BHCG.
- ECG (QT).

6.2.2. Traitement antidépresseur

Pour les formes d'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère, un traitement antidépresseur est recommandé.

En 1re intention : plutôt un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance.

Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines et doit être donné au patient. L'évaluation de la réponse au traitement nécessite au moins 2 semaines de traitement à dose efficace.

En cas de non-réponse après un premier traitement antidépresseur, plusieurs stratégies thérapeutiques peuvent être envisagées :

- augmentation de posologie de l'antidépresseur ;
- changement de traitement antidépresseur (de même classe pharmacologique ou de classe pharmacologique différente) ;
- combinaison de deux traitements antidépresseurs ;
- stratégies de potentialisation (sels de lithium, hormones thyroïdiennes, antipsychotiques de seconde génération) ;
- stratégies non médicamenteuses.



Spécificité de l'instauration du traitement

En fonction de l'âge :

Enfant et adolescent : la posologie sera adaptée en fonction du poids, l'initiation sera plus progressive que chez l'adulte, la surveillance médicale sera plus rapprochée que chez l'adulte (risque de levée d'inhibition). Le traitement antidépresseur n'est pas systématique chez l'adolescent et ne sera instauré qu'après plusieurs consultations a visée diagnostique et psychothérapeutique.

Sujet âgé : la posologie sera adaptée à la fonction rénale et hépatique, l'initiation sera plus progressive que chez l'adulte, la surveillance médicale sera plus rapprochée que chez l'adulte (notamment de la tolérance, risque d'hyponatrémie), une évaluation précise d'éventuelles interactions médicamenteuses sera réalisée.

Pour les femmes enceintes, le bénéfice-risque du traitement antidépresseur doit être discuté pour chaque patiente.

Le dépistage, prévention et traitement de la dénutrition sont nécessaires.

Pour les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques, un traitement par antipsychotique peut être associé à l'antidépresseur.

Dans l'attente de l'effet du traitement antidépresseur, en cas d'anxiété importante, un traitement anxiolytique par benzodiazépine peut être instauré (cf. Item 72).

De même, en cas de plainte d'insomnie, un traitement hypnotique pourra être proposé. Du fait des risques de dépendance, la posologie doit être régulièrement réévaluée et la durée de prescription limitée (4 semaines) (cf. Item 72). Les règles d'hygiène du sommeil doivent systématiquement être associées.

Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire et prendra en compte notamment de l'évaluation du risque suicidaire et le risque de virage maniaque de l'humeur sous antidépresseur (cf. Item 72).

L'arrêt du traitement médicament d'un premier épisode dépressif caractérisé isolé peut être discuté 6 mois à 1 an après obtention de la rémission clinique (le risque maximum de rechute se situant dans les 6 à 8 mois qui suivent l'arrêt du traitement) (cf. Item 72).

En cas de trouble dépressif récurrent (et notamment dès le 3e épisode dépressif caractérisé) :

- après rémission des symptômes, traitement de maintien par : antidépresseurs ;
- +/- psychothérapie pendant une durée de 18 mois à 2 ans ;
- utiliser la molécule et la posologie qui ont permis d'obtenir la rémission complète des symptômes.

N.B. : La notion de résistante thérapeutique se définit par les échecs successifs de 2 antidépresseurs à dose efficace durant une durée suffisante (au moins 6 semaines).

6.3. Traitements non pharmacologiques

6.3.1. Traitement physique

L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être utilisée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif caractérisés (formes à caractéristiques mélancoliques, catatoniques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux et/ou dans les situations d'urgences vitales (risque suicidaire ou risque de dénutrition/déshydratation). Dans certains cas, des ECT d'entretien sont proposées (généralement 1x/mois) durant plusieurs mois pour prévenir le risque de rechute ou récidive dépressive.

D'autres traitements physiques peuvent également être utilisés dans des situations particulières (ex : la stimulation magnétique transcrânienne).

Voir infra encadré « En pratique : L'électroconvulsivothérapie ».

6.3.2. Psychothérapies

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée.

Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérés à sévères.

Ainsi, en fonction de la préférence du patient et de l'orientation du médecin, différentes psychothérapies peuvent être envisagées (cf. Item 71). Les thérapies ayant les niveaux de preuve les

plus élevés sont les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies interpersonnelles (cf. Item 71).

6.3.3. Réhabilitation psychosociale

Chez certains patients et sur indication, des stratégies de réadaptation sociale et professionnelle peuvent être mises en place dans le cadre de la prise en charge du handicap (cf. Item 117).

L'ALD 30, à 100 %, avec exonération du ticket modérateur ne doit pas être oubliée dans les troubles dépressifs récurrents ou persistants.



L'électroconvulsivothérapie (ECT)

Le traitement par électro-convulsivo-thérapie (ECT) consiste en l'administration d'un courant électrique transcrânien de très faible intensité provoquant secondairement une crise tonico-clonique généralisée. Ce traitement est réalisé sous anesthésie générale de courte durée, associant l'utilisation d'un curare d'élimination rapide, limitant les mouvements (et donc le risque de blessures, luxations, fractures) pendant la crise. Le traitement se déroule sous surveillance clinique et tracé électroencéphalographique.

Les indications de ce traitement sont les suivantes :

* Troubles de l'humeur :
  - Épisode dépressif caractérisé, uni ou bipolaire, en première intention s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide/anorexie, déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse. L'efficacité du traitement par ECT est alors supérieure à 80 %.
  - Épisode maniaque, de la même manière s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide / déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse.
* Troubles psychotiques : syndrome positif résistant dans la schizophrénie, notamment en association avec certains antipsychotiques.
* Syndrome catatonique : en première intention s'il existe un risque vital à court terme (ex. : déshydratation, syndrome neurovégétatif) ou en cas de résistance aux benzodiazépines.

La seule contre-indication absolue à un traitement par ECT est l'hypertension intracrânienne. Les autres contre-indications, relatives, sont celles dues à la forte activation du système sympathique lors de la stimulation électrique, et à celles dues à l'anesthésie générale.

Aucun bilan paraclinique pré thérapeutique aux ECT n'est obligatoire. Le bilan clinique et paraclinique pour éliminer un diagnostic différentiel est cependant indispensable et une imagerie cérébrale (TDM cérébral ou IRM cérébrale) justifiée pour s'assurer de l'absence d'hypertension intracrânienne.

Au niveau pré thérapeutique, le bilan paraclinique sera déterminé par le psychiatre et l'anesthésiste en fonction du contexte clinique et des comorbidités. Une consultation pré anesthésie est obligatoire. Le bilan biologique minimal systématique pré anesthésie sera réalisé en fonction des recommandations anesthésiques.

Les effets secondaires au décours de la crise peuvent être des céphalées, des nausées. À moyen terme, des altérations cognitives, essentiellement mnésiques antérogrades peuvent être retrouvées, mais disparaissent dans les deux mois suivants le dernier soin par ECT. Des altérations mnésiques rétrogrades peuvent être retrouvées, même des années plus tard, concernant la période entourant le soin par ECT.

la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS).

La rTMS agit en stimulant de façon non invasive les neurones du cortex cérébral par induction magnétique en utilisant des champs magnétiques brefs à haute intensité. L'efficacité de cette méthode dans le traitement des épisodes dépressifs caractérisés est en cours d'évaluation.



Résumé

Le trouble dépressif est une pathologie fréquente (prévalence 5 %, sex-ratio 1/2) et s'associe à un risque suicidaire important. Un épisode dépressif caractérisé est un syndrome caractérisé par une constellation de symptômes et de signes, qui varie d'un sujet à un autre. Il associe des perturbations psychoaffectives (humeur, émotion et pensée dépressive avec sentiment de dévalorisation ou de culpabilité), un ralentissement psychomoteur (ou une agitation) et des perturbations physiologiques (troubles du sommeil et des rythmes circadiens, fatigue, perte de l'appétit ou du poids, perturbations de la sexualité). Un EDC de forme modérée ou sévère nécessite toujours un traitement antidépresseur, qui doit être maintenu pendant au moins 6 mois à posologie efficace. Une surveillance clinico-biologique de l'évolution et de la tolérance thérapeutique est absolument nécessaire, et s'accompagne notamment d'une réévaluation répétée du risque suicidaire.



Références pour approfondir

Haute Autorité de Santé, ALD n° 23 – *Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte*, 2009.

Haute Autorité de Santé, *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours*, 2014.

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

62

Troubles de l'humeur

item 62

Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte

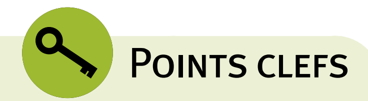
Objectifs pédagogiques

* Diagnostiquer un trouble bipolaire.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/62





Début typique des troubles bipolaires : 15-25 ans.

Épisode maniaque = persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie = **urgence médicale** !

Syndrome maniaque divisé en 3 grandes composantes :

* perturbations psychoaffectives : humeur, émotions et contenu des pensées ;
* perturbations psychomotrices : accélération du cours de la pensée, troubles des fonctions cognitives, accélération motrice et comportementale ;
* perturbations physiologiques : sommeil et rythmes, alimentation et sexualité.

Spécifications décrivant les caractéristiques du syndrome (épisode) actuel :

* caractéristiques psychotiques,
* caractéristiques mixtes,
* caractéristiques anxieuses;
* caractéristiques de début en péri-partum,
* caractéristiques catatoniques,
* caractéristiques mélancoliques (si épisode dépressif caractérisé),
* caractéristiques atypiques (si épisode dépressif caractérisé).

Spécifications décrivant l'évolution des épisodes récurrents :

* caractère saisonnier,
* cycles rapides.

Surveiller et prévenir le suicide +++.

Repérer et traiter les **comorbidités**.

Chimiothérapie par thymorégulateur le plus précocement et au long cours (différences entre épisode maniaque et épisode dépressif caractérisé) :

* épisode maniaque :
  - Lithium (traitement de référence) : Teralithe 400 mg LP, équilibre entre 0,8 et 1,2 mEq/L. Le seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide,
  - Anti-épileptique type Divalproate de sodium (Depakote) 750 mg/jour,
  - Antipsychotique de 2e génération : Olanzapine (Zyprexa), Rispéridone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify), Quetiapine (Xeroquel) ;
* Épisode dépressif caractérisé :
  - Lithium,
  - Lamotrigine,
  - Quetiapine,
  - si le patient a déjà un thymorégulateur (Lithium ou Valproate) à posologie efficace : ajout d'un ISRS.

Sauvegarde de justice pour protection des biens en urgence.

1. Introduction

Le trouble bipolaire est un trouble psychiatrique sévère, chronique et fréquent. Cette maladie est décrite depuis l'Antiquité et se caractérise par des **changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui peuvent être augmentées (la manie) ou diminuées (la dépression)**. En dehors de ces épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés, il est maintenant bien connu que les sujets atteints présentent également des symptômes psychiatriques au cours des phases de stabilité de l'humeur avec des altérations persistantes, notamment : des fonctions cognitives, de la régulation des émotions, du sommeil, des rythmes circadiens, etc. Ils sont également souvent associés à d'autres troubles psychiatriques (troubles anxieux ou troubles addictifs par exemple) ainsi qu'à des troubles non-psychiatriques (pathologies cardiovasculaires, syndrome métabolique, etc.). **Le trouble bipolaire est d'origine multifactorielle, mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux.**



On retrouve des descriptions de la « manie » et de la « mélancolie » même à l'époque pré-hippocratique, ce qui en fait l'une des toutes premières maladies décrites dans l'Antiquité. C'est Arétée de Cappadoce qui fut le premier à utiliser le mot « manie » au IIe siècle av. J.-C. L'idée que la mélancolie et la manie pouvaient être liées à une seule et même maladie a été attribuée simultanément en 1854 à Jules Baillarger décrivant « la folie à double forme » et à Jean-Pierre Falret décrivant quant à lui « la folie circulaire ». Puis Emil Kraepelin en 1899 reconnaît une prédisposition constitutionnelle et héréditaire de la maladie qu'il appela les « psychoses maniaco-dépressives » qui englobaient tous les troubles thymiques récurrents et se distinguaient des « démences précoces » appelées maintenant « schizophrénie ». Puis dans les années 1960, les auteurs internationaux séparent en deux entités distinctes les troubles unipolaires caractérisés par des épisodes dépressifs récurrents et les troubles bipolaires.

Les classifications nosographiques actuelles (CIM et DSM par exemple) ont toutes adoptées l'entité nosographique « trouble bipolaire » et reconnaissent un spectre de sous-types de la maladie définissant ainsi « les troubles bipolaires ». **Les deux grands sous-types à connaître pour le second cycle des études médicales sont le trouble bipolaire de type I (alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés) et le trouble bipolaire de type II (alternance d'épisodes hypomaniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés).**

Actuellement, il n'existe pas d'outil d'évaluation paraclinique pour établir le diagnostic des troubles bipolaires, c'est donc un **diagnostic clinique** comme pour tous les troubles psychiatriques (cf. Item 59).

2. Contexte épidémiologique

On considère que **1 à 4 % de la population générale** est atteinte des formes typiques du trouble bipolaire (sous-types I ou II). Néanmoins, si l'on considère le « spectre » élargi de la maladie regroupant des entités moins sévères et/ou typiques, la prévalence de la maladie peut aller jusqu'à 10 % de la population générale. C'est la deuxième pathologie la plus suicidogène après l'anorexie mentale (cf. Item 348).

L'âge de début du trouble bipolaire est traditionnellement entre 15 et 25 ans (juste après la puberté). Le sex-ratio est autour de 1 pour le trouble bipolaire de type I. En ce qui concerne le trouble bipolaire de type 2, il existe une prédominance féminine. La moitié des sujets atteints débute leur maladie avant 21 ans. Environ 60 % des sujets présentant un premier épisode maniaque ont un antécédent d'épisode dépressif caractérisé.

Plus de 90 % des personnes ayant présenté un épisode maniaque présenteront d'autres épisodes de troubles de l'humeur. On dit que c'est une maladie chronique car les rechutes (quelle que soit la polarité) sont la règle (on estime que 70 à 80 % des patients traités présenteront une rechute thymiques dans les deux ans qui suivent un épisode caractérisé).

À ce jour, le retard diagnostic est d'environ 10 ans et cela constitue un véritable problème de santé publique puisqu'il est associée à une morbi-mortalité très augmentée.

Une personne débutant son trouble vers 25 ans perd en moyenne : 9 années d'espérance de vie, 12 années en bonne santé et 14 années d'activité professionnelle. **Selon l'OMS, le trouble bipolaire fait partie des dix maladies les plus invalidantes et coûteuses au plan mondial.**

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. Syndrome maniaque

Le syndrome maniaque est caractérisé par la **persistance dans le temps** (au moins une semaine) d'une **augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie**.

L'installation peut être brutale ou progressive, avec ou sans facteur déclenchant. Les altérations du sommeil (réduction du temps de sommeil, plainte d'insomnie sans fatigue) sont souvent prodromiques d'un nouvel épisode.

On peut comparer le sujet avec un syndrome maniaque à une pile électrique chez qui tout va trop vite. C'est une urgence médicale (diagnostique et thérapeutique) même si le sujet présente généralement une conscience de la maladie faible. Cet état entrave le bon fonctionnement du sujet et nécessite généralement une hospitalisation.

Les symptômes du syndrome maniaque peuvent être divisés en 3 grandes composantes :

1. **perturbations psychoaffectives** : humeur, émotions et contenu des pensées,
2. **perturbations psychomotrices** : accélération du cours de la pensée, altérations des fonctions cognitives, accélération motrice et comportementale,
3. **perturbations physiologiques** : sommeil et rythmes circadiens, alimentation et sexualité.

Lorsque le syndrome maniaque est intense, des symptômes psychotiques s'associent fréquemment au tableau d'exaltation, voire sont au premier plan, ce qui peut contribuer à égarer le diagnostic (épisode psychotique bref, 1er épisode de schizophrénie, cf. Item 61). L'anamnèse minutieuse devra retrouver la préexistence de la triade du syndrome maniaque pour ne pas mésinterpréter ces symptômes psychotiques. Les idées délirantes peuvent être de mécanismes imaginatifs et interprétatifs, et les thèmes sont classiquement dits « congruents à l'humeur » (mégalomanie, messianique, etc.). Des hallucinations peuvent être également présentes et sont très fréquentes, 40 à 50 % des syndromes maniaques. Le syndrome maniaque peut également entraîner des comportements à risque, la recherche de sensations fortes, la prise de toxiques, des conduites sexuelles à risque, des achats pathologiques/dépenses inconsidérées, etc.

Voir tableau page ci-contre.

3.2. Syndrome hypomaniaque

Le syndrome hypomaniaque est également caractérisé par une période clairement délimitée dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie. Mais la symptomatologie et le retentissement fonctionnel sont moins importants que dans le syndrome maniaque.

Bien que **le tableau clinique soit d'intensité moins sévère que pour l'épisode maniaque, le sujet présente une rupture totale avec l'état antérieur** (souvent constaté par l'entourage) **et se manifeste comme pour le syndrome maniaque par : des perturbations pathologiques psychoaffectives** (humeur, émotions, et contenu de la pensée), **des perturbations psychomotrices** (accélération du cours de la pensée, troubles des fonctions cognitives, accélération motrice) **et des perturbations physiologiques** (sommeil et rythmes circadiens, alimentation, sexualité).

Contrairement au syndrome maniaque, le syndrome hypomaniaque ne nécessite pas généralement d'hospitalisation en milieu de soins spécialisés. Néanmoins, un syndrome hypomaniaque doit également être rapidement pris en charge avec adaptation thérapeutique.

Si l'évaluation clinique est difficile, l'utilisation d'échelles ou de questionnaires peut aider au dépistage des symptômes (hypo)maniaques, tel que le Mood Disorder Questionnaire (« questionnaire des troubles de l'humeur », MDQ).

Perturbations psychoaffectives	**Perturbations de l'humeur :** * humeur élevée, expansive, exaltée, euphorique ; parfois décrite comme « gaie », * cette exaltation peut être remplacée ou s'associer à une irritabilité (attention le vécu subjectif n'est pas toujours agréable pour le sujet). **Perturbations des émotions :** * labilité émotionnelle (émotions versatiles), * hyperréactivité ou hyperesthésie (réponses émotionnelles disproportionnées par rapport aux stimulis émotionnels), * hypersyntonie (participation spontanée et adhésion très rapide à l'ambiance affective du moment). **Altérations du contenu de la pensée :** * augmentation de l'estime de soi, * idées de grandeur, sentiment de toute-puissance, idées mégalomaniaques, * altérations ou absence de la conscience du trouble.
Perturbations psychomotrices	**Perturbations du cours de la pensée (accélération) :** * tachypsychie (accélération des idées), * pensée diffluente, fuites des idées (impression que les idées fusent), * coq-à-l'âne (changement rapide d'une idée à l'autre sans lien apparent), * jeux de mots, associations par assonances. **Altérations cognitives :** * hypervigilance, * distractibilité, * altérations de l'attention et de la concentration. **Accélération motrice et comportemental :** * agitation motrice, hyperactivité souvent stérile, * augmentation de l'énergie, * augmentation des activités à but dirigé (professionnelles, sociales ou sexuelles), * logorrhée (augmentation du temps de parole), * tachyphémie (augmentation de la vitesse de parole), * hypermimie (augmentation des expressions du visage), * désinhibition (Ludisme, contact familier).
Perturbations physiologiques	**Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens :** * insomnie partielle ou totale, * réduction du temps de sommeil associée à une absence de sensation de fatigue. **Perturbations des conduites alimentaires :** * anorexie (partielle ou totale) ou au contraire hyperphagie, * amaigrissement (même en cas de prises alimentaires augmentées), * possible déshydratation. **Perturbations de la sexualité** * augmentation du désir et de l'excitation sexuelle, hypersexualité (comportements sexuels possiblement à risque).

3.3. Syndrome dépressif

Cf. Item 64 pour la description des symptômes associés au syndrome dépressif.

Classiquement on considère que rien ne permet de distinguer un syndrome dépressif émaillant l'évolution d'un trouble bipolaire, d'un syndrome dépressif au cours d'un trouble de l'humeur non bipolaire. Cependant, quelques caractéristiques sont évocatrices d'un syndrome dépressif du trouble bipolaire :

* syndrome dépressif dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé avant 25 ans,
* en post-partum,
* de début brutal,
* un antécédent familial de trouble de l'humeur,
* certaines caractéristiques cliniques de l'épisode : mélancolique et saisonnier.

4. Le trouble bipolaire

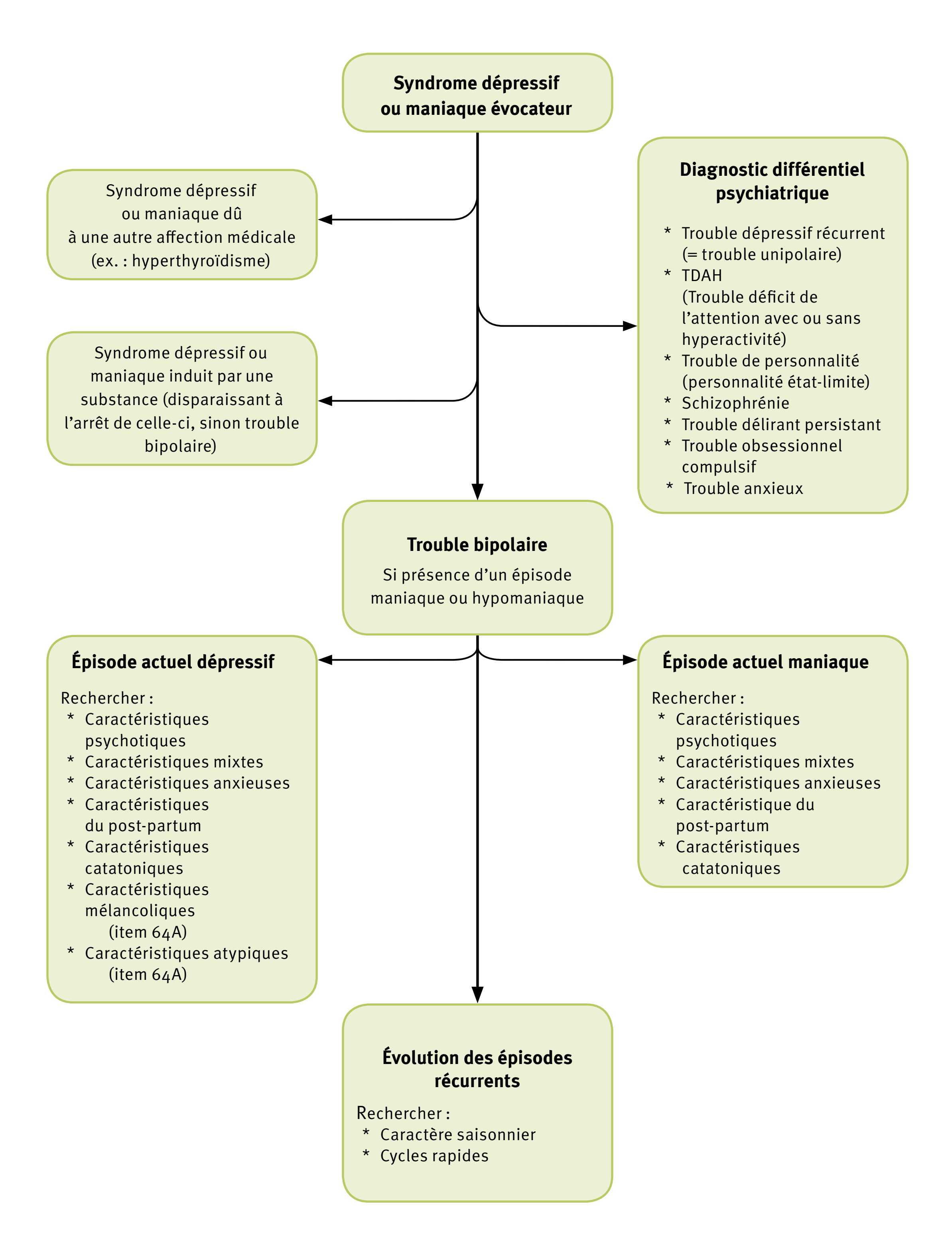


Figure 1. Arbre décisionnel résumant la stratégie diagnostic devant des troubles de l'humeur.

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Évaluations à réaliser lors du bilan initial d'un premier épisode

Lors du bilan initial, il faut effectuer un :

* **Recueil de l'anamnèse de l'histoire de la maladie avec les antécédents complets :**
  - (si possible graphe/diagramme de l'humeur, avec revue de tous les épisodes passés et symptômes présents entre les épisodes),
  - recherche d'antécédents de symptômes hypomaniaques, y compris sous traitement antidépresseur,
  - des antécédents personnels de tentative de suicide,
  - recueil des antécédents personnels de réponse aux traitements pour troubles de l'humeur,
  - s'aider de la présence d'un tiers lorsque le patient est d'accord et en sa présence, notamment pour repérer des signes d'hypomanies ;
* **Recueil des antécédents familiaux :**
  - recueil des antécédents familiaux psychiatriques (en particulier de trouble de l'humeur et de tentatives de suicide) et addictologiques,
  - recherche de la présence d'antécédents familiaux de troubles bipolaires, de troubles dépressifs récurrents, de troubles addictifs ou de suicide : associés au trouble bipolaire ;
* **Caractérisation des troubles :**
  - évaluation des perturbations pathologiques psychoaffectives (humeur, émotions, et contenu de la pensée), du fonctionnement psychomoteur et des altérations physiologiques (sommeil et rythmes, alimentation, sexualité),
  - évaluer le fonctionnement familial, social et professionnel. Rechercher des ruptures ou des arrêts de travail répétés,
  - rechercher systématiquement la présence d'idées suicidaires,
  - rechercher une réponse atypique à un traitement antidépresseur : non-réponse thérapeutique, aggravation des symptômes, apparition d'une agitation, apparition de symptômes d'hypomanie,
  - rechercher d'éventuels facteurs déclenchant des épisodes de l'humeur ;
* **Recherche des comorbidités :**
  - rechercher systématiquement les comorbidités psychiatriques (troubles addictifs, troubles anxieux, troubles du sommeil et des rythmes, etc.) et non-psychiatriques (maladies cardio-vasculaires, syndrome métabolique, etc.).

4.1.2. Poser le diagnostic d'épisode maniaque

Pour poser le diagnostic d'épisode maniaque dans le cadre du trouble bipolaire, il faut :

* une sémiologie telle que décrite précédemment ;
* une évolution depuis **plus de 7 jours** (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire) ;
* une **altération marquée du fonctionnement** professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien existence de caractéristiques psychotiques ;
* l'**absence de diagnostic différentiel** (effets physiologiques directs d'une substance ou d'une autre affection médicale).



Classifications internationales

Les critères DSM-5 pour les épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressif caractérisé dans les troubles bipolaires sont les suivants :

Épisode maniaque

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, **pendant au moins une semaine** (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable au comportement habituel :
- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur,
- réduction du besoin de sommeil (par ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil),
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler,
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent,
- distractibilité (par ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants), rapportée ou observée,
- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (i.e. activité sans objectif ou non-orientée vers un but),
- engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale générale.



N.B. : Un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (par ex. médicament, sismothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduire, par conséquent, à un diagnostic de trouble bipolaire I.

Épisode hypomaniaque

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante , avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, **pendant au moins 4 jours consécutifs**.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable au comportement habituel :
- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur,
- réduction du besoin de sommeil (par ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil),
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler,
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent,
- Distractibilité (par ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants), rapportée ou observée,
- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (i.e. activité sans objectif ou non-orientée vers un but),
- engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale générale.

N.B. : - Un épisode hypomaniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (par ex. médicament, sismothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être diagnostiqué comme un épisode hypomaniaque. Toutefois, la prudence s'impose car un ou deux symptômes (en particulier une augmentation de l'irritabilité, de la nervosité ou de l'agitation après la prise d'un antidépresseur) ne sont pas suffisants pour un diagnostic d'épisode hypomaniaque, et ne sont pas obligatoirement indicatifs d'une diathèse bipolaire.

Épisode dépressif caractérisé

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de **2 semaines** et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection générale.

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (par ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (par ex. pleurs).

  N.B. : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
- perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par ex. modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

  N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

- insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une autre affection médicale générale.

N.B. : - Les critères A à C définissent un épisode dépressif caractérisé. Les épisodes dépressifs caractérisés sont fréquents au cours du trouble bipolaire de type I mais leur présence n'est pas requise pour son diagnostic.
Concernant le trouble bipolaire de type II, les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque et au moins pour un épisode dépressif caractérisé. Il ne doit jamais y avoir eu d'épisode maniaque.
- Les réponses à une perte significative (par ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap), peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, un manque d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés compte tenu de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode maniaque et de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

* **léger** (symptômes justes suffisants au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé/peu de perturbations sociales ou professionnelles),
* **moyen** (plus de symptômes que nécessaire/ perturbations modérées sociales ou professionnelles),
* **sévère** (quasiment tous les symptômes/ perturbations nettes sociales ou professionnelles).

4.1.3. Les différentes caractéristiques cliniques de l'épisode actuel

4.1.3.1. Avec caractéristiques psychotiques

Un épisode maniaque ou dépressif caractérisé peut s'accompagner **d'idées délirantes**.

Attention, lors d'un épisode maniaque l'augmentation de l'humeur et de l'énergie se traduit par une augmentation de l'estime de soi avec des idées mégalomaniaques qui sont « pseudo-délirantes ». Il faudra différencier ces idées de grandeur d'un véritable syndrome psychotique pour porter le diagnostic d'épisode maniaque avec caractéristique psychotique qui est :

* composé d'idées délirantes de **mécanismes imaginatif et/ou intuitif, et/ou hallucinatoire, et moins souvent interprétatif** ;
* de **thèmes souvent mégalomaniaques, mystiques, prophétiques**, et possiblement érotomaniaques, de persécution, de revendication, etc. ;
* avec ou sans perte d'intimité psychique (hallucinations intrapsychiques) ;
* avec idées délirantes généralement systématisées.

L'adhésion ou critique des idées délirantes est variable.

On spécifiera si ces idées délirantes sont congruentes ou non à l'humeur : la caractéristique psychotique sera

* **congruente à l'humeur** dans le cas où le contenu des idées délirantes est consistant avec les thèmes typiques de l'épisode de l'humeur en cours. Par exemple, les idées maniaques de grandeur prennent une véritable organisation délirante mégalomaniaque, d'invulnérabilité ; ou bien par exemple des thèmes délirants de ruine ou de culpabilité au cours d'un épisode dépressif caractérisé ;
* **non congruente à l'humeur** si le contenu des idées délirantes n'est pas en lien avec les thèmes de l'épisode de l'humeur.

4.1.3.2. Avec caractéristiques mixtes

Des symptômes dépressifs peuvent apparaître au cours d'un épisode maniaque et durer quelques moments, heures, ou plus rarement des jours. On parle alors d'épisode maniaque ou hypomaniaque avec caractéristique mixte.

Réciproquement des symptômes maniaques peuvent apparaître au cours d'un épisode dépressif caractérisé. On parle alors d'épisode dépressif caractérisé avec caractéristique mixte.

Il est absolument indispensable d'identifier cette caractéristique car **elle s'associe à un risque très augmenté de suicide** (cf. Item 348).

4.1.3.3. Avec caractéristiques anxieuses

Des symptômes anxieux peuvent accompagner un épisode maniaque, hypomaniaque ou dépressif. Ils peuvent se manifester chez le sujet par la sensation d'être tendu, énervé ou impatient de manière inhabituelle, de présenter des difficultés de concentration à cause d'inquiétudes, de par la peur que quelque chose de terrible puisse arriver et de par l'impression que le sujet peut perdre le contrôle de lui-même.

Cette caractéristique anxieuse des épisodes doit être identifiée car elle s'associe à un **risque augmenté de suicide** (cf. Item 348), de **durée plus longue de l'épisode**, et de **non-réponse thérapeutique**.

4.1.3.4. Avec début en péri-partum

Cette caractéristique est portée lorsque l'épisode de l'humeur ou ses symptômes se manifestent **au cours de la grossesse et jusqu'à 4 semaines après l'accouchement (post-partum)** (cf. Item 67).

4.1.3.5. Avec caractéristiques catatoniques (cf. Item 61 pour description détaillée du syndrome catatonique)

Le syndrome catatonique est marqué par un ensemble de symptômes psychomoteurs qui peuvent comprendre : la catalepsie (flexibilité cireuse), le négativisme, et les stéréotypies, impulsions, écholalie, échopraxie.

Les étiologies les plus fréquentes de syndrome catatonique sont les étiologies non-psychiatriques ; et dans les étiologies psychiatriques, les étiologies les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur.

4.2. Spécifications décrivant l'évolution des épisodes récurrents

4.2.1. Avec caractère saisonnier

Ce caractère peut être **porté quelle que soit la polarité de l'épisode** (maniaque, hypomaniaque ou dépressif), et doit se manifester par :

* une **relation temporelle régulière** entre la survenue des épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs et une période particulière de l'année (ex. en automne ou en hiver), et non lié à des facteurs de stress environnementaux évidemment en lien avec la période (anniversaires traumatiques, etc.) ;
* des **rémissions complètes** – ou un virage d'un épisode dépressif caractérisé vers un épisode (hypo)maniaque ou inversement – surviennent aussi au cours d'une période particulière de l'année ;
* **au moins 2 épisodes saisonniers** maniaques, hypomaniaques ou dépressifs **aux cours des deux dernières années** et en l'absence d'épisodes non-saisonniers au cours de la même période ;
* une **vie entière du sujet marquée par nettement plus d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs saisonniers** que non saisonniers.

4.2.2. Avec cycles rapides

Cette spécification est associée avec un pronostic plus sévère et une résistance thérapeutique plus élevée.

Elle est définie par la présence **sur les 12 derniers mois d'au moins 4 épisodes de l'humeur** toutes polarités confondues (maniaques, hypomaniaques ou dépressifs).

4.3. Les différentes formes cliniques de troubles bipolaires

* **Type I** : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) maniaque(s). Le diagnostic peut être posé même en l'absence d'épisode dépressif caractérisé. Il peut y avoir des épisodes hypomaniaques. Le syndrome maniaque ou dépressif ne doit pas être expliqué par un diagnostic différentiel non psychiatrique, iatrogénique ou toxique.
* **Type II** : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) hypomaniaque(s) et un ou plusieurs épisodes dépressifs caractérisés. Le syndrome hypomaniaque ou dépressif ne doit pas être expliqué par un diagnostic différentiel non-psychiatrique, iatrogénique ou toxique. Il ne doit jamais y avoir eu d'épisode maniaque.

Il existe d'autres sous-types s'intégrant dans le spectre dit « élargi » des troubles bipolaires. Ces autres sous-types sont davantage l'affaire des spécialistes.

4.4. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels liés à une étiologie non-psychiatrique, pouvant induire des syndromes maniaque, hypomaniaque ou dépressif, sont :

* **toxiques** : usage de substances psychoactives (alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent +++ (attention un épisode maniaque ou dépressif peut néanmoins faire suite à une prise initiale de substance) ;
* **neurologiques** : tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, un début de démence (surtout si patients de plus de 40 ans avec des troubles bipolaires d'apparition tardive), épilepsie focale (rare) ;
* **endocriniennes** : troubles thyroïdiens (hypo- et hyper-thyroïdie), maladie de Cushing (hyper-corticisme) ;
* **métaboliques** : hypoglycémie, troubles ioniques, maladie de Wilson, etc. ;
* **Iatrogéniques** : médicamenteuses (corticoïdes, antidépresseurs, interféron-alpha, bêta-bloquants, L-Dopa, etc.).

Comme pour toute pathologie psychiatrique, a fortiori aiguë, une étiologie non-psychiatrique devra être éliminée à l'aide :

* d'un **bilan clinique complet** : à détailler de manière hiérarchique selon la présentation clinique.
* d'un **bilan paraclinique** :

Bilan sanguin	Glycémie capillaire, voire veineuse. Ionogramme, calcémie. Bilan urinaire : urée, créatinémie. NFS, plaquettes, CRP. TSH_{US}. Bilan hépatique.
Bilan urinaire	Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines.
Imagerie	Cérébrale : scanner cérébral en urgence (si c'est un premier épisode ou pour les autres épisodes s'il existe des signes d'appel neurologique), ou IRM si accès et possible. EEG (si c'est un premier épisode ou pour les autres épisodes s'il existe des signes d'appel neurologique). ECG (bilan pré-thérapeutique des antipsychotiques).
Autres examens complémentaires	Selon points d'appels cliniques.

Les diagnostics différentiels psychiatriques du trouble bipolaire sont :

* trouble dépressif récurrent (=trouble unipolaire) (cf. Item 64),
* trouble de personnalité (dont personnalité état-limite) (cf. Item 64),
* TDAH (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) (cf. Item 66),
* schizophrénie (cf. Item 61),
* trouble anxieux (cf. Item 64),
* trouble obsessionnel compulsif (cf. Item 64),
* trouble délirant persistant (cf. Item 73),
* troubles Addictifs.

Ces diagnostics différentiels psychiatriques, de par leur possible superposition symptomatique, contribuent à l'errance diagnostique du trouble bipolaire.



Important

C'est le recueil rigoureux de l'anamnèse et de l'évolution des troubles qui permettra de porter le diagnostic de trouble bipolaire et d'éviter ainsi le retard diagnostique et thérapeutique. Il permet également de réaliser un état des lieux précis pour chaque patient permettant d'élaborer un programme thérapeutique personnalisé qui tiendra compte du cours évolutif du trouble bipolaire et des comorbidités.

Certains antécédents du patient doivent faire penser au diagnostic de trouble bipolaire :

* la présence d'antécédents de 3 épisodes dépressifs récurrents ou plus,
* la notion d'hypomanie même brève, qui passe souvent inaperçue (non rapportée spontanément par le patient),
* un épisode atypique déclenché par un antidépresseur,
* le début d'un épisode (maniaque, dépressif ou psychotique) durant le post-partum,
* un début des épisodes dépressifs récurrents avant l'âge de 25 ans.

4.5. Comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques

De par leur fréquence et leur impact, ces comorbidités psychiatriques du trouble bipolaire devront systématiquement être recherchées (elles peuvent parfois se confondre avec les symptômes du trouble bipolaire) :

* **troubles addictifs** : environ 40 % à 60 % vie entière. En particulier l'alcool (30-40 %), le cannabis (10-25 %), la cocaïne et les psychostimulants (10 %), et les sédatifs (< 10 %) ;
* **troubles anxieux** : environ 40 % vie entière. En particulier le trouble panique (15-25 %), les phobies sociales (10-20 %), les phobies simples (10 %) ;
* **TDAH** : environ 30 % ;
* **trouble de personnalité** : environ 30 % (surtout personnalité état-limite ou dite « borderline ») ;
* **trouble des conduites alimentaires** : 15 à 30 % vie entière ;
* **trouble obsessionnel compulsif** : 10 à 30 % vie entière ;
* **comorbidités non-psychiatriques** : syndrome métabolique, risque cardiovasculaire, syndrome d'apnée obstructive du sommeil, pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales, maladies neurodégénératives, etc.

4.6. Notions de physiopathologie

L'étiopathogénie exacte des troubles bipolaires n'est pas connue, mais la participation de facteurs génétiques et environnementaux est bien démontrée. On parle de maladie à hérédité complexe (non mendélienne).



Neurosciences et recherche

La présence d'un apparenté de premier degré atteint de trouble bipolaire entraîne une augmentation par 10 du risque de développer la maladie pour un sujet. L'héritabilité de la maladie (c'est-à-dire la part d'expression clinique liée aux gènes) est de 70 à 80 %. Il existe par ailleurs un nombre important de facteurs de risque environnementaux dont les traumatismes dans l'enfance (sexuels, affectifs ou émotionnels) et les stress environnementaux plus tardifs (aigus ou répétés). Des hypothèses neurodéveloppementales existent également dans le trouble bipolaire.

Plusieurs marqueurs de susceptibilité et marqueurs d'état de la maladie ont été mis en évidence en génétique, en neuroimagerie, en neurocognition, en sommeil, en biologie des rythmes circadiens, en immuno-inflammation, en anatomo-pathologie, en neurophysiologie, et en biochimie.

Les recherches scientifiques actuelles tentent de transférer l'utilisation de ces biomarqueurs en clinique afin d'améliorer le dépistage et les prises en charge des patients.

5. Le pronostic et l'évolution

Le **pronostic de la maladie dépend en partie d'une prise en charge précoce et adaptée**.

Bien traités, les sujets atteints de troubles bipolaires peuvent présenter une rémission symptomatique et fonctionnelle avec une bonne insertion familiale, professionnelle et sociale. Néanmoins certains sujets peuvent présenter des symptômes résiduels en dehors des épisodes de l'humeur dont l'impact peut être très important en particulier sur le plan du fonctionnement.

Si le **trouble bipolaire n'est pas correctement pris en charge, il peut se compliquer** avec une **évolution plus sévère** des troubles dont l'apparition possible :

* de **cycles rapides** ;
* de **troubles psychiatriques comorbides** : troubles addictifs, troubles anxieux, troubles du sommeil et des rythmes, etc. ;
* de **pathologies non-psychiatriques associées** : maladies cardiovasculaires, syndromes métaboliques, etc. ;
* de **suicide** (15 % des patients ayant un trouble bipolaire décèdent par suicide) ;
* d'**actes médicolégaux** (liés aux troubles du contenu et du cours de la pensée et à l'accélération psychomotrice) ;
* de **désinsertion** familiale (3 fois plus de divorces chez les sujets atteints de trouble bipolaire), professionnelle et sociale liée au handicap psychique (cf. Item 117).

6. La prise en charge psychiatrique

6.1. L'hospitalisation en psychiatrie

Une hospitalisation se justifie en cas de :

* risque suicidaire élevé ou de mise en danger ;
* épisode avec troubles du comportement importants, qui peuvent engendrer des conséquences délétères pour le patient et pour l'entourage et les soignants ;
* risque hétéro agressif.

Les formes sévères et/ou résistantes au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique, avec comorbidités complexes, en particulier dans les situations d'isolement ou de soutien socio-familial réduit, pourront nécessiter également une hospitalisation.

Un épisode maniaque est une urgence médicale et requiert dans la majorité des situations une hospitalisation en urgence, en psychiatrie, si nécessaire en milieu sécurisé.

Un épisode dépressif caractérisé peut être pris en charge en ambulatoire sauf en présence de critères de gravité avec hospitalisation en psychiatrie, si nécessaire en milieu sécurisé.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre. Dans certaines situations, si le patient refuse, si sa capacité à donner son consentement est trop altérée ou s'il existe un comportement hétéro agressif, des soins sans consentement peuvent se justifier (cf. Item 11).

6.2. Traitements pharmacologiques

6.2.1. Prise en charge en phase aiguë de l'épisode maniaque

6.2.1.1. Traitement symptomatique

* Prise en charge de l'agitation et du risque hétéroagressif (cf. Item 346).
* Prise en charge du risque suicidaire (cf. Item 348).
* Réhydratation et corrections des troubles hydro-électrolytiques.

6.2.1.2. Traitement de l'épisode aigu, « traitement « anti-maniaque » :

* **Arrêt du traitement antidépresseur si présent** (les antidépresseurs peuvent induire un virage maniaque, et prescrits au long cours ils peuvent également favoriser les rechutes et l'accélération des cycles).

* **Traitement pharmacologique par un psychotrope anti-maniaques** (qui sont tous thymorégulateur appelé aussi stabilisateur de l'humeur puisqu'ils ont également une efficacité préventive des rechutes et des récidives) **le plus précocement et au long cours**.

* **Les 3 thymorégulateurs ci dessous ont tous l'AMM en 1re intention dans le traitement de l'épisode (hypo) maniaque du trouble bipolaire**, et **également à visée prophylactique**, selon les options thérapeutiques suivantes :
  - lithium,
  - ou valproate,
  - ou antipsychotique de 2e génération (Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Aripiprazole).

Voir tableau page suivante.

Tous les autres thymorégulateurs sont en 2e intention !

Il est possible de mettre une combinaison thérapeutique Lithium ou Valproate + antipsychotique de 2e génération d'emblée pour les cas d'épisodes maniaques sévères :

Surveillance efficacité et tolérance du traitement, de manière clinique et paraclinique (cf. Item 72).

Sauvegarde de justice (si dépenses ou achats excessifs) pour protection des biens en urgence (curatelle et tutelle prennent du temps et ne se font pas en urgence !).

6.2.2. Prise en charge en phase aiguë de l'épisode dépressif caractérisé du trouble bipolaire

6.2.2.1. Traitement symptomatique

* Prise en charge de l'agitation et du risque hétéroagressif (cf. Item 346).
* Prise en charge du risque suicidaire (cf. Item 348).
* Réhydratation et corrections des troubles hydro-électrolytiques.

6.2.2.2. Traitement de l'épisode aigu, « traitement "antidépressif" » :

* **Traitement pharmacologique par un traitement thymorégulateur qui aura un rôle antidépressif** du trouble bipolaire **le plus précocement et au long cours**.

* Les options thérapeutiques suivantes sont possibles :
  - Lithium monothérapie (Cf. Item 72),
  - ou Lamotrigine monothérapie (Cf. Item 72),
  - ou Quetiapine monothérapie (Cf. Item 72).

* **Si le patient a déjà un thymorégulateur (Lithium ou Valproate) à posologie efficace, un traitement par un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) peut être introduit (augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance).**

* Non recommandé : Les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés dans le trouble bipolaire et doivent être utilisés avec prudence, car ils entraînent davantage de virages maniaques.

* L'évaluation de la réponse au traitement nécessite au moins 2 semaines de traitement à dose efficace.

Tous les autres thymorégulateurs sont en 2e intention.

Prévention et surveillance des idées suicidaires.

Surveillance efficacité et tolérance du traitement, de manière clinique et paraclinique (cf. Item 72).

Lithium (traitement de référence)
TERALITHE 400 mg LP, 1 CP en posologie initiale avec **contrôle de la lithémie à J5 et à 12 heures de la dernière prise** (généralement le matin à 8 heures) : **équilibre entre 0,8 et 1,2 mEq/L**. **Le Lithium est le seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide et sera donc à privilégier chez un patient suicidaire et/ou avec antécédent de tentative de suicide.** **Modalités de prescription et bilan pré-thérapeutique du Lithium (cf. Item 72 psychotrope) :** * NFS-plaquettes. Glycémie à jeun * ionogramme sanguin Créatininémie, urémie, clairance de la créatinine, protéinurie, glycosurie, * calcémie, * bilan thyroïdien (TSH), * βHCG (femme en âge de procréer), * ECG, * EEG (si antécédents de comitialité). Surveillance par bilans rénal et thyroïdien annuels.

Anticonvulsivant
Anticonvulsivant type Divalproate de sodium (DEPAKOTE) 750 mg/jour en posologie initiale en 2 ou 3 prises. Bilan pré-thérapeutique du Valproate : (cf. Item 72 psychotrope) * NFS-plaquettes, * bilan hépatique. TP, * βHCG (femme en âge de procréer). Surveillance par bilans NFS-plaquettes et hépatique réguliers pendant l'initiation puis tous les 6 mois. **ATTENTION : les spécialités à base de valproate et dérivés (valproate de sodium, acide valproïque et valpromide), présentent des mises en garde relatives à l'utilisation de ces médicaments :** Le valproate ne doit pas être prescrit aux adolescentes, aux femmes en âge de procréer et aux femmes enceintes, sauf en cas d'inefficacité ou d'intolérance à toutes les autres alternatives médicamenteuses. En effet, les enfants exposés in utero au valproate présentent un risque élevé de troubles graves du développement (jusqu'à 30 à 40 % des cas) et/ou de malformations congénitales (environ 10 % des cas). Le traitement par le valproate doit être initié et surveillé par un médecin spécialiste de l'épilepsie ou du trouble bipolaire. Le rapport bénéfice/risque du traitement par le valproate devra être évalué attentivement avant la première prescription, ainsi qu'à chaque contrôle régulier du traitement, lorsqu'une jeune fille atteint la puberté et lorsqu'une femme envisage une grossesse ou qu'elle est enceinte. Le médecin prescripteur doit s'assurer que toutes les patientes traitées sont informées et ont bien compris : * les risques associés au traitement par le valproate pendant la grossesse ; * la nécessité d'utiliser une contraception efficace ; * la nécessité d'une réévaluation régulière du traitement ; * la nécessité de consulter rapidement si elles envisagent une grossesse ou en cas de grossesse.

Antipsychotique
Antipsychotique de 2e génération : Olanzapine (Zyprexa), Rispéridone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify), Quetiapine (Xeroquel). **ATTENTION : la plupart de ces molécules ont l'indication AMM seulement dans la phase aiguë de l'épisode maniaque. Peu ont l'indication dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé. Tous n'ont pas l'indication en traitement prophylactique.** (cf. Item 72 psychotrope) Bilan pré-thérapeutique : (cf. Item 72 psychotrope) avec ECG (mesure du QT corrigé au préalable selon formule de Bazett), IMC (poids et tour de taille à surveiller), glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique.

6.2.3. Prise en charge au long cours des épisodes maniaques et dépressifs caractérisés

Les principes du traitement en phase aiguë puis au long cours sont exposés dans le tableau :

<table>
<tr><th>Polarité de l'épisode index du trouble bipolaire</th><th>Traitement d'attaque (6-8 semaines)
But : rémission symptomatique</th><th>Traitement de consolidation (4-6 mois)
But : Prévention de la rechute de l'épisode index et rémission fonctionnelle</th><th>Traitement prophylactique (long cours)
But : prévention des récurrences</th></tr>
<tr><td>Épisode maniaque</td><td>Lithium
Valproate
Antipsychotique de 2e génération
Association par Lithium ou Valproate + Antipsychotique de 2e génération</td><td>Idem si bonne tolérance
Anxiolytique et hypnotiques arrêtés si possible</td><td rowspan="2">Traitement prophylactique à adapter au patient pour prévenir les récurrences toutes polarités confondues (thymorégulateur idem le plus souvent, avec adaptations posologiques possibles).

Arrêt progressif des antidépresseurs conseillé dans le trouble bipolaire pendant le long cours.</td></tr>
<tr><td>Épisode dépressif caractérisé</td><td>Lithium
Lamotrigine
Quetiapine
Si le patient a déjà un thymorégulateur (Lithium ou Valproate) à posologie efficace : ajout d'1 ISRS</td><td>Idem si bonne tolérance
Anxiolytique et hypnotiques arrêtés si possible</td></tr>
</table>

Les objectifs de prise en charge thérapeutiques à long terme énumérés par la HAS sont :

* stabiliser l'humeur et diminuer les récidives, les rechutes et les hospitalisations via une meilleure optimisation thérapeutique :
  - dépister et traiter les comorbidités psychiatriques (sans oublier les troubles addictifs) et non-psychiatriques,
  - aider le patient à prendre conscience de sa pathologie, ses symptômes et prodromes, et à accepter son traitement (éducation thérapeutique) ;
* réduire les limitations d'activités et restrictions de participations (cf. Item 107) en préservant :
  - les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie du patient,
  - le niveau de fonctionnement social et professionnel, et la vie affective et relationnelle ;
* Prendre en compte les représentations du sujet (cf. Item 01).

L'hospitalisation n'est nécessaire pour la très grande majorité des patients que lors des phases de décompensations de l'humeur sévères et aiguës.

Ainsi, une prise en charge au long cours se réalise en ambulatoire, par une **prise en charge multidisciplinaire (cf. Item 60)**.

Les différents volets de la prise en charge sont organisés en fonction du profil de chaque patient (cours évolutif, retentissement socio-professionnel, comorbidités). Tout patient porteur d'un trouble bipolaire doit avoir bénéficié de groupes d'éducation thérapeutique.

Sur le plan du traitement pharmacologique au long cours :

* poursuite du traitement de fond thymorégulateur avec surveillance de la tolérance et de l'efficacité sur le plan clinique et biologique ;
* éducation thérapeutique pour l'observance ;
* si possible, diminution et arrêt des traitements à risque de dépendance (Benzodiazépines, hypnotiques, etc.) ;
* pas d'auto-médication ;
* surveillance et/ou arrêt des toxiques, aide au sevrage (cannabis, alcool, tabac).

6.3. Traitement non pharmacologique

6.3.1. Traitement physique

L'électroconvulsivothérapie (ECT) (ou sismothérapie) est recommandée comme traitement curatif des épisodes afin de réaliser une amélioration rapide et à court terme des symptômes sévères après échec des autres options thérapeutiques.

Elle est utile pour les patients dont les symptômes peuvent mettre en jeu le pronostic vital (risque vital ou risque de dénutrition/déshydratation) dans le cadre notamment :

* d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère et/ou avec caractéristiques mélancoliques, et/ou résistance aux traitements ;
* d'un épisode maniaque sévère et prolongé, et/ou résistant aux traitements ;
* d'un syndrome catatonique ;
* de cycles rapides ;
* de mauvaise tolérance des psychotropes, risque de décompensation de maladies comorbides du fait de l'épisode thymique ;
* de contre-indication aux autres traitements (femme enceinte, personne âgée, etc.).

6.3.2. Psychothérapie

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée. **La psychothérapie s'associe au traitement médicamenteux sans s'y substituer.**

Ainsi, en fonction de la préférence du patient et de l'orientation du médecin, différentes psychothérapies peuvent être envisagées (cf. Item 71). **Les thérapies ayant les niveaux de preuve les plus élevés sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies interpersonnelles** (cf. Item 71).

Dans le cadre de la TCC, la thérapie permettra :

* sur les comportements, d'apprendre à aménager les rythmes de vie à l'aide de plannings d'activités : limiter les activités en cas d'épisode maniaque, augmenter les activités en cas d'épisode dépressif caractérisé ;
* sur les cognitions, d'apprendre à corriger les cognitions déformées (par exemple les cognitions de dévalorisation dans l'épisode dépressif caractérisé) et à mettre en évidence les liens entre cognitions, émotions et comportements ;
* sur les émotions, d'apprendre à réguler ses émotions par les thérapies de la 3e vague des TCC : thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT : Acceptance and Commitment Therapy), thérapie comportementale dialectique (DBT Dialectical Behavioral Therapy), thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT : Minfulness Based Cognitive Therapy), réduction du stress par la pleine conscience (MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction) (cf. Item 71).

6.3.3. Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique se présente sous la forme de programmes d'information structurée.

L'éducation thérapeutique a démontré une excellente efficacité thérapeutique dans les troubles bipolaires en particulier. Ces mesures d'éducation thérapeutique sont proposées au patient et/ou à son entourage, en fonction des souhaits du patient et du secret médical.

Les objectifs sont :

* d'améliorer la compréhension du trouble bipolaire ;
* d'améliorer la compréhension et l'utilité des traitements (action, effets secondaires, balance bénéfice-risque, etc.) ;
* de développer la capacité à détecter les signes précurseurs de rechute ;
* d'encourager une régularité des rythmes de vie (régulation du sommeil, des rythmes sociaux) ;
* de développer des capacités d'auto-surveillance et de meilleures aptitudes à la gestion des facteurs de stress (cf. Item 01).

6.3.4. Réhabilitation psychosociale

6.3.4.1. Remédiation cognitive

La remédiation cognitive est destinée à pallier les conséquences des troubles cognitifs (présentes chez 1/3 des patients avec trouble bipolaire) grâce à l'utilisation de méthodes rééducatives.

Cette thérapie se fait après un bilan neuropsychologique afin de définir les objectifs de travail avec le patient et d'en suivre les effets.

Elle peut avoir pour cibles thérapeutiques les altérations : attentionnelles, mnésiques, visuospatiales, exécutives, métacognitives, de cognition sociale.

6.3.4.2. Réadaptation psychosociale

Chez certains patients et sur indication, des stratégies de réadaptation sociale et professionnelle peuvent être mises en place dans le cadre de la prise en charge du handicap (cf. Item 117).

L'ALD 30, à 100 %, avec exonération du ticket modérateur ne doit pas être oubliée.



Le trouble bipolaire est une maladie sévère touchant 1 à 4 % de la population générale. L'étiopathogénie de la maladie se compose de facteurs de risque génétiques et environnementaux. La maladie se caractérise classiquement par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui peuvent être augmentés (manie) ou diminués (dépression). Ces épisodes de l'humeur font place à des périodes dites d'euthymie (stabilité de l'humeur) qui comportent des symptômes en phase de rémission. Il existe des traitements thymorégulateurs (Lithium, Depakote, antipsychotiques de deuxième génération) efficaces en aiguë et en prophylaxie. La chimiothérapie s'associera à des traitements adjuvants proposés au patient (éducation thérapeutique, psychothérapie, remédiation cognitive, réadaptation psychosociale, etc.). La prise en charge du patient avec un trouble bipolaire comportera également la prévention active du suicide et le traitement des comorbidités psychiatriques (troubles addictifs, troubles anxieux, TDAH, trouble de personnalité, troubles des conduites alimentaires et trouble obsessionnel compulsif) et non-psychiatriques.

Références pour approfondir

CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé – OMS).

DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition), American Psychiatric Association (APA).

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Bourgeois M.-L., Gay C., Henry C., Masson M., *Les Troubles bipolaires*. Lavoisier, Médecine Sciences Publications, 2014, 620 p. Voir plus particulièrement les chapitres 53 et 54 sur la prise en charge médicamenteuse.

Recommandation HAS de mai 2009 sur les troubles bipolaires.

64b

Troubles anxieux

item 64b

Trouble anxieux généralisé

Objectifs pédagogiques

* Diagnostiquer un trouble anxieux généralisé.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble anxieux généralisé.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.2





Le trouble anxieux généralisé est **un trouble anxieux chronique** caractérisé par **des inquiétudes, permanentes, durables** (évoluant depuis plus de 6 mois), **difficilement contrôlables** et dirigées sur au moins deux thèmes différents.
Le TAG comporte également des **symptômes physiques et des perturbations des fonctions physiologiques de base (appétit, sommeil)** qui peuvent être d'expression clinique variée, souvent source d'un non repérage des symptômes psychiques. La plainte d'insomnie est souvent au premier plan.
Les principaux diagnostics différentiels sont les **pathologies non-psychiatriques**, les **intoxications aux substances psychoactives**, les autres troubles anxieux et l'épisode dépressif caractérisé.
Les complications principales sont l'**épisode dépressif caractérisé**, le **suicide**, ainsi que les **troubles addictifs**.
La prise en charge doit combiner une **éducation thérapeutique**, une **psychothérapie** (TCC), et un **traitement pharmacologique** basé sur les antidépresseurs (ISRS) au long cours dans les formes sévères.

1. Introduction

Le **trouble anxieux généralisé** (TAG) est un trouble anxieux marqué par une symptomatologie anxieuse chronique (soucis excessifs et mal contrôlés) évoluant pendant plus de 6 mois. On l'appelle parfois la « maladie des inquiétudes ».



Les signes et symptômes de base de l'anxiété (émotions anxieuses, cognitions anxieuses, comportements anxieux) peuvent être présents chez des sujets indemnes de toute pathologie. Cependant, ils peuvent devenir pathologiques du fait de leur intensité, de leur retentissement et de leur mauvais contrôle. Ils peuvent alors s'inscrire dans deux cadres différents :

- en tant que signes ou symptômes, dans presque toutes les pathologies psychiatriques ;
- en tant que diagnostic spécifique, dans ce que l'on nomme les « troubles anxieux » qui correspondent à des diagnostics bien établis : trouble anxieux généralisé, trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, trouble stress post traumatique, trouble obsessionnel compulsif.

2. Contexte épidémiologique

Ce trouble est fréquent puisque sa prévalence sur la vie entière en population générale est d'environ 5 %. On retrouve une prédominance féminine (2 femmes pour un homme).

Le TAG peut débuter à tout âge de la vie, mais le plus souvent il apparaît vraiment autour de 35-45 ans. Enfin, il s'agit du trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé.

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. Anxiété et soucis excessifs

La caractéristique principale du TAG est une appréhension continue non associée à un événement déclencheur particulier. Le patient présente des **inquiétudes** et des ruminations diverses (d'où l'appellation « généralisée ») concernant l'avenir, pour des petites choses ou des problèmes plus sérieux concernant : la santé, le travail, l'argent, les proches.

Cette **anxiété** apparaît **excessive**, c'est-à-dire **non justifiée** par des éléments réels, et **non contrôlable**, entraînant des problèmes de concentration sur les tâches courantes et des troubles très fréquents de l'endormissement. Elle est dirigée sur au moins deux thèmes différents. On peut aussi retrouver des symptômes d'**hypervigilance** avec réactions de sursaut au moindre bruit ou à la moindre surprise. Les symptômes doivent être continus, présents tous les jours ou presque.

3.2. Symptômes physiques et perturbations physiologiques

Le TAG comprend également des **symptômes physiques et des perturbations des fonctions physiologiques de base (appétit, sommeil)** qui peuvent être d'expression clinique variée : myalgies, céphalées, altérations du sommeil, symptômes digestifs, hyperactivité végétative, asthénie, irritabilité, difficultés de concentration, etc.

Ces symptômes retardent fréquemment le diagnostic de TAG, les patients étant orientés vers des spécialités médicales non-psychiatriques.

4. Le trouble anxieux généralisé

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic de TAG repose sur :

- la présence de soucis excessifs difficiles à contrôler ;
- des symptômes physiques et de perturbations des fonctions physiologiques de base (appétit, sommeil) ;
- une durée des symptômes ≥ 6 mois ;
- une souffrance cliniquement significative ou une altération au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine important du fonctionnement ;
- l'absence d'effets d'une substance ou d'une autre pathologie.



Classifications internationales

Critères du trouble anxieux généralisé dans le DSM-5

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

- agitation ou sensation d'être survolté ou à bout,
- fatigabilité,
- difficultés de concentration ou trous de la mémoire,
- irritabilité,
- tension musculaire,

Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (par exemple hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental [par exemple anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale (phobie sociale), contamination ou d'autres obsessions dans le trouble obsessionnel compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant].

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non-psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes **non-psychiatriques** doivent être éliminées. Il s'agit essentiellement :

- des pathologies cardiovasculaires : syndrome coronarien aigu, hypertension artérielle, troubles du rythme, etc. ;
- des pathologies de l'appareil respiratoire : asthme, etc. ;
- des pathologies neurologiques : épilepsie, sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc. ;
- des pathologies endocriniennes : hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

4.2.2. Intoxications par une substance psychoactive

La prise de certaines substances doit être recherchée : amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, etc.

Un syndrome de sevrage doit également être éliminé (alcool, benzodiazépines, opiacés, etc.).

4.2.3. Pathologies psychiatriques

Il s'agit des autres troubles anxieux, notamment le trouble stress post-traumatique ou le trouble de l'adaptation avec anxiété (contrairement à ces pathologies « réactionnelles au stress », les patients souffrant de TAG présentent des inquiétudes permanentes, même en dehors de tout événement de vie stressant), le trouble panique et le trouble obsessionnel compulsif. L'hypochondrie doit également être évoquée, même si une composante hypochondriaque (inquiétudes concernant la santé) est fréquemment retrouvée dans le TAG.

Un épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic différentiel mais peut très bien compliquer un TAG constitué.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :

* les autres troubles anxieux : phobie sociale et trouble panique ;
* les troubles de la personnalité dits « anxieux » : personnalité dépendante et personnalité évitante ;
* les troubles addictifs ;
* l'épisode dépressif caractérisé.

4.4. Notions de physiopathologie

L'origine du TAG est multifactorielle avec l'implication de facteurs de vulnérabilité génétique (tempérament anxieux, sensibilité au stress) mais également de facteurs environnementaux (pression professionnelle, stress divers).

Au niveau cognitif, les principaux mécanismes sont les interprétations erronées avec attribution d'un caractère dangereux et menaçant aux stimuli environnementaux qui ne présentent aucune menace objective (« alerte émotionnelle anormale »). Les modèles actuels insistent également sur le concept d'« intolérance à l'incertitude » dans le TAG qui entraînerait une inquiétude anormale et des comportements de prévoyance ou d'évitement qui apparaissent excessifs.

5. Le pronostic et l'évolution

5.1. Complications

L'épisode dépressif caractérisé est une complication fréquente du TAG qui doit toujours être recherchée. Le risque suicidaire doit donc régulièrement être évalué également.

Un trouble addictif (alcool, benzodiazépines, cannabis) peut compliquer le TAG.

Les répercussions socio-professionnelles peuvent être importantes (arrêts de travail, perte de productivité).

5.2. Évolution

L'évolution du TAG est chronique, mais avec de possibles fluctuations (atténuation sur quelques semaines ou moins, puis nouveaux épisodes). Les liens avec les autres troubles anxieux sont étroits, de même qu'avec l'épisode dépressif caractérisé.

6. La prise en charge psychiatrique

Le TAG est un trouble chronique qui nécessite donc un **traitement de fond**, au long cours. Le traitement associe une **éducation thérapeutique** de même que des moyens **psychothérapeutiques** et éventuellement **pharmacologiques**.

6.1. Traitement non pharmacologique

6.1.1. Éducation thérapeutique

L'**éducation thérapeutique** est centrale dans la prise en charge du TAG. Elle doit associer explications sur les symptômes, réassurance et information sur la pathologie.

Des règles hygiéno-diététiques simples mais à installer sur la durée doivent également être expliquées au patient :

* arrêt des excitants : café, tabac, alcool et autres substances psychoactives ;
* bon équilibre alimentaire ;
* règles hygiéno-diététiques de sommeil ;
* pratique d'une activité physique régulière ;
* techniques de relaxation ;
* information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques (cf. Item 72).

6.1.2. Psychothérapie

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) doivent être privilégiées, ayant largement montré leur intérêt dans cette pathologie (cf. Item 71). Parmi elles, les stratégies centrées sur la gestion des émotions et des inquiétudes sont les plus pertinentes, avec un apprentissage de techniques de relaxation qui peut être décisif. Dans certains cas, d'autres formes de psychothérapie (psychanalytique, familiale) peuvent être envisagées, en fonction de la demande du patient et des facteurs psychologiques associés.

6.2. Traitement pharmacologique

6.2.1. Traitement pharmacologique de fond

Le recours à un traitement médicamenteux au long cours peut se justifier dans les formes sévères et invalidantes, notamment lorsque les mesures précédentes n'ont pas été efficaces ou applicables. Le traitement psychopharmacologique principal repose sur l'utilisation des **antidépresseurs** avec en première intention les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) (cf. Item 72).

L'efficacité de ces molécules dans le TAG est indépendante de l'existence d'un épisode dépressif caractérisé associé.

Le délai d'action des ISRS est de 2 à 4 semaines. La posologie est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé. Cependant, on privilégiera des doses faibles à l'introduction du traitement. La durée du traitement est de 6 à 12 mois.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) peuvent également être utilisés.

6.2.2. Traitement pharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les psychotropes à activité anxiolytique rapide comme les benzodiazépines peuvent également être utilisés de manière ponctuelle et bien limitée dans le temps (maximum 12 semaines) en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes. Elles peuvent aussi être utilisées transitoirement en association avec les antidépresseurs en attendant une efficacité optimale de ces derniers. L'hydroxyzine (Atarax®) peut constituer une alternative aux benzodiazépines. Ces molécules ne constituent en aucun cas un traitement de fond du TAG.

6.3. Prise en charge des comorbidités et complications

Les comorbidités et complications doivent également être prises en charge, notamment les abus ou dépendance à une substance et l'épisode dépressif caractérisé.

6.4. L'hospitalisation en psychiatrie

Elle n'est jamais nécessaire pour le TAG, sauf en cas exceptionnel de phase très aiguë et surtout en cas de comorbidité dépressive.



Le trouble anxieux généralisé est un trouble anxieux chronique fréquent (prévalence vie entière : 5 %). Il se caractérise par des **inquiétudes, permanentes**, **durables** (plus de 6 mois), **difficilement contrôlables** et **dirigées** sur au moins deux thèmes différents. Des **symptômes physiques et des perturbations des fonctions physiologiques de base (appétit, sommeil)** sont également très souvent retrouvés. Ces symptômes, qui peuvent être d'expression clinique variée (myalgies, céphalées, troubles du sommeil, troubles digestifs, etc.) retardent fréquemment le diagnostic de TAG, les patients étant orientés vers des spécialités médicales non-psychiatriques. Comme les autres troubles anxieux, l'évolution du TAG peut être marquée par plusieurs complications : **épisode dépressif caractérisé**, **suicide**, troubles **addictifs**. La prise en charge du TAG doit combiner une **éducation thérapeutique**, une **psychothérapie** (TCC), et un traitement **pharmacologique** basé sur les **antidépresseurs** (ISRS) au long cours dans les formes sévères.

Références pour approfondir

Haute Autorité de Santé : ALD n° 23 – *Troubles anxieux graves*.

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Pelissolo A., « Troubles anxieux et névrotiques », *EMC – Traité de Médecine Akos*, 2012, 7-0150.

64c

TROUBLES ANXIEUX

item 64c

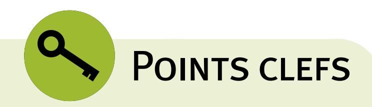
TROUBLE PANIQUE



* Diagnostiquer un trouble panique.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble panique.

CAS CLINIQUES SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.3





Le trouble panique est un trouble anxieux chronique caractérisé par la **répétition d'attaques de panique**, pour certaines **spontanées** et **imprévisibles**.
La répétition des crises entraîne l'apparition d'une **anxiété anticipatoire** qui peut alors se compliquer d'**agoraphobie**.
Les principaux diagnostics différentiels sont les pathologies **non-psychiatriques**, les prises de **substance psychoactive**, certaines pathologies **psychiatriques**.
Les complications principales sont l'épisode dépressif caractérisé et le **suicide**, les troubles **addictifs** et les complications liées à un évitement de nombreuses situations redoutées.
La prise en charge doit combiner une **éducation thérapeutique**, une **psychothérapie** (TCC), et un traitement **pharmacologique** basé sur les **antidépresseurs** (ISRS).

1. Introduction

Le trouble panique (TP) est un trouble anxieux caractérisé par la **répétition** des **attaques de panique** (AP) et par la peur de leur survenue.

2. Contexte épidémiologique

La prévalence sur la vie entière du TP varie entre 1 et 3 % selon les études en population générale. Il est plus fréquent en population féminine.

L'âge de début se situe typiquement entre 20 et 30 ans. Cependant, on retrouve également des débuts plus précoces à l'adolescence et sporadiquement à tout âge de la vie.

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. La répétition des attaques de panique

La **répétition** des **attaques de panique** est la caractéristique principale du TP. Le plus souvent, ces AP sont spontanées et imprévisibles (pas de facteur déclenchant identifié), au moins au début de l'évolution du trouble.

Secondairement, les crises vont être de moins en moins spontanées et être liées à une anxiété **anticipatoire**, souvent associée à la confrontation à des situations redoutées dans le cadre d'une **agoraphobie** compliquant fréquemment le TP.

Pour la description de l'AP : cf. Item 347.

3.2. L'anxiété anticipatoire

La répétition des crises entraîne l'apparition d'une **anxiété anticipatoire**. Cette anxiété se manifeste par une anticipation permanente de la survenue d'une AP : le patient vit dans la crainte de voir se reproduire les AP de manière inopinée (puisqu'elles peuvent survenir effectivement de manière imprévisible). On parle de la « peur d'avoir peur ». Se développent alors des préoccupations concernant les conséquences possibles de l'AP, comme la peur de mourir ou de devenir

fou, qui peuvent modifier le comportement du patient, et aboutir à des complications (isolement social, changement des habitudes de vie, etc.). Finalement, un mécanisme de conditionnement interne se met en place : tous les symptômes d'une AP potentielle et débutante, comme des palpitations ou des sensations vertigineuses, deviennent angoissants et peuvent déclencher réellement une crise complète.

3.3. L'agoraphobie

Une **agoraphobie** peut venir compliquer le TP. Le patient craint alors l'ensemble des situations dans lesquelles il ne pourrait facilement s'échapper ou dans lesquelles il ne pourrait être secouru en cas d'AP (espaces découverts, magasins, files d'attente, foules, lieux publics, endroits clos, etc.). Le patient finit par éviter ces situations, ce qui peut restreindre considérablement son autonomie. L'**agoraphobie** ne désigne donc pas seulement la peur de la « place publique » (agora) et des grands espaces, mais la peur de toutes les situations associées au risque d'AP.

Bien que TP et agoraphobie soient fréquemment associés, ces 2 entités diagnostiques peuvent être retrouvées de manière isolée chez certains patients. Il existe ainsi des formes d'agoraphobie sans TP et des formes de TP sans agoraphobie.

4. Le trouble panique

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour faire le diagnostic de TP

Le diagnostic de TP repose sur :

* répétition des attaques de panique,
* présence d'une anxiété anticipatoire.
* La symptomatologie n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.
* La symptomatologie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychiatrique.



Classifications internationales

Critères du trouble panique dans le DSM-5

A. Attaques de panique récurrentes et inattendues.

B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :

* crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (par exemple de perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou ») ;
* changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (par exemple comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (par exemple hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées comme l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel compulsif, ou en réponse à un rappel d'évènements traumatiques, comme dans un trouble stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).



Classifications internationales

Critères de l'agoraphobie dans le DSM-5

A. Peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :
* utiliser les transports en commun (par exemple voitures, bus, trains, bateaux, avions) ;
* être dans des endroits ouverts (par exemple parking, marchés, ponts) ;
* être dans des endroits clos (par exemple magasins, théâtres, cinémas) ;
* être dans une file d'attente ou dans une foule ;
* être seul à l'extérieur du domicile.

B. La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (par exemple peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence).

C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété.

D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. Si une autre affection médicale (par exemple maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental ; par exemple les symptômes ne sont pas limités à une phobie spécifique de type situationnel, ne sont pas uniquement présents dans des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale), et ne sont pas liés exclusivement à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), à des perceptions de défauts ou d'imperfections dans l'apparence physique (comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle), à des rappels d'évènements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique) ou à une peur de la séparation (comme dans l'anxiété de séparation).

4.1.2. Les différentes formes cliniques

On distingue principalement 2 formes de TP : le TP avec ou sans agoraphobie. Il existe par ailleurs des formes de sévérité différente, notamment en fonction du nombre d'AP qui peut varier de quelques-unes par an à plusieurs par jour.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non-psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes non-psychiatriques doivent être éliminées. Il s'agit essentiellement :

* des pathologies cardiovasculaires : syndrome coronarien aigu, hypertension artérielle, troubles du rythme, etc. ;
* des pathologies de l'appareil respiratoire : asthme, etc. ;
* des pathologies neurologiques : épilepsie, sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc. ;
* des troubles ORL : pathologies de l'oreille interne ;
* des pathologies endocriniennes : hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

4.2.2. Intoxications par une substance psychoactive

La prise de certaines substances doit être recherchée : amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, etc.

Un syndrome de sevrage doit également être éliminé (alcool, benzodiazépines, opiacés, etc.).

4.2.3. Pathologies psychiatriques

Il s'agit des autres troubles anxieux (phobie sociale, phobie spécifique, trouble stress post-traumatique, etc.). L'hypochondrie doit également être recherchée, mais elle est souvent associée au trouble panique.

Un épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic différentiel mais peut très bien compliquer un TP constitué.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :

* les autres troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique, etc.) ;
* les troubles de la personnalité dits « anxieux » (personnalité dépendante et personnalité évitante) ;
* les troubles addictifs ;
* L'épisode dépressif caractérisé.

4.4. Notions de physiopathologie

Les mécanismes étiopathogéniques du TP ne sont pas connus. L'origine de cette pathologie est multifactorielle : facteurs génétiques, neurobiologiques et environnementaux.

Au niveau cognitif, les modèles actuels mettent en avant l'interprétation erronée des sensations internes (c'est le concept de « phobie intéroceptive »). Les patients auraient ainsi tendance à interpréter de manière catastrophiste certaines sensations internes physiologiques. Ceci renforcerait l'anxiété et les symptômes physiques, générant de nouvelles interprétations catastrophistes. Un véritable « cercle vicieux » s'installe alors.

5. Le pronostic et l'évolution

5.1. Complications

L'épisode dépressif caractérisé est une complication fréquente du TP qui doit toujours être recherchée (60 à 70 % des cas). Le risque suicidaire doit donc régulièrement être évalué.

Un trouble addictif vient aussi fréquemment compliquer le TP (20 à 40 % des cas).

Les répercussions socio-professionnelles peuvent également être importantes : besoin d'être accompagné, limitation des déplacements par crainte des transports en communs, des lieux publics, de l'éloignement du domicile, etc.

5.2. Évolution

L'évolution du TP est généralement chronique. Les principaux facteurs de pronostic sont la durée d'évolution du trouble, les comorbidités psychiatriques et addictologiques et l'importance du retentissement sur la vie quotidienne du patient. Une amélioration partielle est possible spontanément sur le long terme (après 10 ou 15 ans par exemple) : les AP peuvent s'espacer voire disparaître, mais l'anxiété anticipatoire et surtout l'agoraphobie persistent souvent pendant des années.

6. La prise en charge psychiatrique

Le TP est un trouble chronique qui nécessite donc un **traitement de fond**, au long cours. Le traitement associe des moyens **pharmacologiques, psychothérapeutiques** et une **éducation thérapeutique**. L'objectif principal est le contrôle des AP.

6.1. Traitement non pharmacologique

6.1.1. Éducation thérapeutique

L'**éducation thérapeutique** est centrale dans la prise en charge du TP car il s'agit souvent d'une pathologie chronique avec des risques importants de rechute. Elle doit associer explications sur les symptômes de l'AP, réassurance et information sur la pathologie.

Des règles hygiéno-diététiques simples doivent également être expliquées au patient :

* arrêt des excitants : café, tabac, alcool et autres substances psychoactives ;
* bon équilibre alimentaire ;
* règles hygiéno-diététiques de sommeil ;
* pratiquer une activité physique régulière ;
* techniques de relaxation ;
* information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques (cf. Item 72).

6.1.2. Psychothérapie

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) doivent être privilégiées, ayant largement montré leur intérêt dans cette pathologie (cf. Item 71). Les techniques les plus utiles sont centrées sur l'exposition et la désensibilisation aux sensations physiques des AP et aux situations redoutées en cas d'agoraphobie associée. La place des méthodes de relaxation est également importante. Dans certains cas, d'autres formes de psychothérapie (psychanalytique, familiale) peuvent être envisagées, en fonction de la demande du patient et des facteurs psychologiques associés.

6.2. Traitement pharmacologique

6.2.1. Traitement pharmacologique de fond

Le traitement pharmacologique principal repose sur l'utilisation des **anti-dépresseurs** avec en première intention les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) (cf. Item 72). Cette prescription est justifiée dans les formes sévères, avec des AP fréquentes et un retentissement important.

L'efficacité de ces molécules dans le TP est indépendante de l'existence d'un épisode dépressif caractérisé associé.

Le délai d'action des ISRS est de 3 à 4 semaines. La posologie est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé. Cependant, on privilégiera des doses faibles à l'introduction du traitement, car une augmentation trop rapide des posologies peut aggraver les AP initialement. La durée du traitement est de 6 à 12 mois.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) peuvent également être utilisés.

6.2.2. Traitement pharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les psychotropes à activité anxiolytique rapide comme les benzodiazépines peuvent également être utilisés de manière ponctuelle et bien limitée dans le temps (lors des crises ou sur quelques jours au maximum) en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes. Elles peuvent aussi être utilisées transitoirement en association avec les antidépresseurs en attendant une efficacité optimale de ces derniers, en prévenant le patient des risques de dépendance et en associant une prise en charge comportementale. L'hydroxyzine (Atarax®) peut constituer une alternative aux benzodiazépines. Ces molécules ne constituent en aucun cas un traitement de fond du TP.

6.3. Prise en charge des comorbidités et complications

Les comorbidités et complications doivent également être prises en charge, notamment les abus ou dépendance à une substance et l'épisode dépressif caractérisé.

6.4. L'hospitalisation en psychiatrie

Elle doit rester exceptionnelle, en cas de manifestations anxieuses envahissantes ou de comorbidité dépressive avec risque suicidaire.



Le trouble panique est un trouble anxieux chronique fréquent (prévalence vie entière : 1 à 3 %) caractérisé par la **répétition d'attaques de panique**, pour certaines **spontanées** et **imprévisibles** (notamment en début d'évolution du trouble). Secondairement, les crises vont être de moins en moins spontanées et être liées à une **anxiété anticipatoire** (« peur d'avoir peur »), souvent associée à la confrontation à des situations redoutées dans le cadre d'une **agoraphobie** compliquant fréquemment le TP. Comme pour les autres troubles anxieux les principales complications sont : l'épisode dépressif caractérisé, le **suicide**, les troubles **addictifs** mais également celles liées à un évitement de situations redoutées. La prise en charge doit combiner une **éducation thérapeutique**, une **psychothérapie** (TCC), et un traitement **pharmacologique** basé sur les **antidépresseurs** (ISRS).

Références pour approfondir

Haute Autorité de Santé : ALD n° 23 – *Troubles anxieux graves*.

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Pelissolo A., « Troubles anxieux et névrotiques », *EMC – Traité de Médecine Akos*, 2012, 7-0150.

64d

Troubles anxieux

item 64d

Trouble phobique



* Diagnostiquer un trouble phobique.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble phobique.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.4





Les troubles phobiques sont des **troubles anxieux chroniques** caractérisés par **une peur intense**, **incontrôlable** et **irrationnelle** d'un **objet** ou d'une situation donnée. Cette peur est source d'une souffrance intense, d'une **anticipation anxieuse** et de **conduites d'évitement**.
Les **phobies spécifiques** se limitent à des objets ou des situations très particulières.
La **phobie sociale (ou anxiété sociale)** est la peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui.
L'évolution est le plus souvent **chronique** même si l'intensité des symptômes peut avoir tendance à diminuer avec les années.
La phobie sociale peut se compliquer de **troubles addictifs**, d'un **épisode dépressif caractérisé** ou d'un **autre trouble anxieux**.
La prise en charge repose sur les **thérapies cognitivo-comportementales**.
Le traitement médicamenteux par **antidépresseurs** (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) est utile dans les formes de phobie sociale invalidante.

1. Introduction

Une phobie se caractérise par une peur très intense et souvent incontrôlable déclenchée par la confrontation à un objet ou une situation bien définie.

Lorsque le sujet est confronté à l'objet ou à la situation redoutée (que l'on qualifie alors de « phobogène »), cela se fait au prix d'une anxiété extrême voire d'une attaque de panique (cf. Item 347).

Secondairement, cette peur entraîne fréquemment des conduites d'évitement qui peuvent avoir un retentissement important sur le fonctionnement du sujet.

Au sein des troubles phobiques, on distingue la phobie sociale (ou « anxiété sociale ») et les phobies spécifiques (en plus de l'agoraphobie : cf. Item 64c).

2. Contexte épidémiologique

Les phobies sont parmi les pathologies psychiatriques les plus fréquentes. Au cours de leur vie, 10 à 12 % des sujets présenteront une phobie spécifique et environ 5 % une phobie sociale.

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. Phobies spécifiques

Les phobies spécifiques (ou phobies simples) se définissent par la **crainte irraisonnée et incontrôlable** d'un objet ou d'une situation bien définie. Il s'agit d'une peur « brute » qui peut aller jusqu'à une **attaque de panique** (cf. Item 347). Le contact, la vue de l'objet redouté ou même sa simple évocation peut suffire à provoquer cette peur qui disparaît en l'absence de l'objet ou de la situation redoutée. Cette peur apparaît donc disproportionnée par rapport à la menace réelle.

La peur entraîne deux types de réactions : la sidération et les comportements d'**évitement** (non confrontation à la situation, objets ou attitudes de réassurance). On peut aussi observer une anticipation anxieuse avec hypervigilance du sujet pour s'assurer de l'absence de l'objet phobogène.

Les **phobies** les plus fréquentes concernent les **animaux** (araignées, insectes, souris, serpents, etc.). On parle alors de zoophobie. Mais elles peuvent aussi concerner les **éléments naturels** (orages, hauteurs, vide, eau, etc.), le **sang** et les **procédures médicales** (injections, interventions chirurgicales, etc.) ou certaines **situations** particulières (tunnels, ponts, lieux clos, etc.).

3.2. Phobie sociale

La phobie sociale est la **crainte** d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le **jugement d'autrui**. Elle peut donc, contrairement aux phobies spécifiques (limitées à un seul objet bien défini), s'étendre à un grand nombre de situations différentes : peur des interactions sociales formelles et informelles, peur d'être observé (peur de manger ou de boire en public, etc.), peur en situation de performance (parler ou de se produire en public).

On retrouve fréquemment des **symptômes physiques** (tachycardie, rougeur, polypnée, tremblements, sueurs, etc.) associés lorsque le sujet est confronté aux situations redoutées. Dans les situations extrêmes, une **attaque de panique** peut survenir.

L'anxiété sociale est source d'une grande souffrance et elle aboutit fréquemment secondairement à :

* une **anxiété anticipatoire** : le sujet anticipe d'être humilié par son propre comportement (par exemple rougir, bredouiller), mais il anticipe aussi le jugement négatif d'autrui ;
* des **évitements** multiples des situations sociales qui entraînent une altération de la qualité de vie du sujet.

4. Les troubles phobiques

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour faire le diagnostic de TP

Le diagnostic des troubles phobiques repose sur :

* le caractère persistant, intense et irraisonné de la peur ;
* la symptomatologie anxieuse paroxystique réactionnelle à l'exposition à l'objet ou la situation phobogène ;
* les évitements et l'anticipation anxieuse qui causent un retentissement sur la vie quotidienne du sujet. Voir encadré « Classifications internationales », page suivante.

4.1.2. Formes cliniques

Chez l'enfant, plusieurs particularités des troubles phobiques doivent être mentionnées.

D'abord, les phobies spécifiques sont très fréquentes chez l'enfant et s'inscrivent généralement dans le développement normal. Les thématiques évoluent avec l'âge, par exemple peur des créatures imaginaires, peur des phénomènes naturels (orage, feu, eau), peur de l'obscurité, peur des animaux, etc. On ne les considère comme pathologiques que si leur intensité est importante,

si elles persistent de manière prolongée et surtout si elles deviennent envahissantes au point d'avoir un retentissement sur les activités de l'enfant.

Une forme de trouble phobique fréquente chez l'enfant est la **phobie scolaire.** La peur centrée sur le milieu scolaire peut-être globale ou partielle (portant alors sur certaines composantes de la scolarité : mathématiques, lecture, temps de récréation, etc.). Lorsque l'enfant est contraint d'affronter la situation, il peut manifester des réactions d'anxiété (attaque de panique) mais aussi des réactions de fuite, de détresse ou d'agressivité.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non-psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes non-psychiatriques doivent être éliminées.



Classifications internationales

Critères diagnostiques de la phobie spécifique dans le DSM-5

A. Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (par exemple, prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).
B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associés à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'évènements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation ou des situations sociales ; comme dans l'anxiété sociale).

Critères diagnostiques de la phobie sociale (dénommée « Anxiété sociale ») dans le DSM-5

A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (par exemple avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (par exemple en train de manger ou boire) et des situations de performance (par exemple faire un discours).
B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (par exemple humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).
C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.
D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.
E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.
F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.
G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.
I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession, d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
J. Si une autre affection médicale (par exemple maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

4.2.2. Intoxications par une substance psychoactive

La prise de certaines substances doit être recherchée : amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, etc.

Un syndrome de sevrage doit également être éliminé (alcool, benzodiazépines, opiacés, etc.).

4.2.3. Pathologies psychiatriques

Il s'agit essentiellement des autres troubles anxieux : agoraphobie (cf. Item 64c), trouble panique (cf. Item 64c), trouble de stress post-traumatique (cf. Item 64f), trouble anxieux généralisé (cf. Item 64b), trouble obsessionnel compulsif (cf. Item 64e).

Il est très important d'éliminer des symptômes dits « phobiques » s'inscrivant dans le cadre d'une pathologie autre qu'une phobie sociale ou spécifique. Les plus fréquentes sont :

* la **nosophobie**, ou peur de contracter une maladie, qui peut s'intégrer dans différents cadres nosologiques : trouble obsessionnel compulsif, épisode dépressif caractérisé avec symptômes psychotiques, schizophrénie ou trouble délirant persistant ;
* les **phobies d'impulsion** : il s'agit de la crainte de réaliser impulsivement et sans le vouloir, en présence d'objets pouvant être utilisés de façon agressive, un acte immoral, dangereux, auto ou hétéro agressif. Ces peurs sont aujourd'hui classées dans les troubles obsessionnel-compulsifs (cf. Item 64e), car le symptôme principal est une obsession portant sur son propre comportement (peur de ne pas pouvoir se contrôler). On peut retrouver également des phobies d'impulsion dans certains épisodes dépressifs caractérisés, notamment ceux survenant au cours de la période du post-partum (peur de blesser son enfant). L'acte redouté n'est jamais commis s'il n'est pas désiré par le patient.

Pour la phobie sociale, le trouble envahissant du développement et le trouble de la personnalité de type schizoïde ou même la schizophrénie sont des diagnostics différentiels importants. Dans ces pathologies, les situations sociales sont évitées non pas par crainte du jugement d'autrui mais par manque d'intérêt.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Dans la mesure où il s'agit de peurs bien circonscrites, les phobies spécifiques n'entraînent généralement qu'un faible retentissement sur la vie du sujet. Certaines de ces phobies peuvent cependant entraîner des handicaps non négligeables (peur de certains animaux domestiques ou incapacité à réaliser certains examens médicaux paracliniques par exemple).

La phobie sociale est généralement source d'un grand handicap fonctionnel avec réduction du soutien social, isolement, difficultés scolaires et professionnelles. Elle peut être associée aux troubles suivants :

* troubles addictifs (alcool, benzodiazépines, éventuellement autres substances),
* épisode dépressif caractérisé,
* autre trouble anxieux.

4.4. Notions de physiopathologie

Les mécanismes étiopathogéniques de la pathologie phobique ne sont pas entièrement connus. Son origine est multifactorielle : facteurs psychologiques (faible estime de soi et perfectionnisme dans la phobie sociale), génétiques, neurobiologiques et environnementaux.

Les événements de vie traumatisants (maltraitances dans l'enfance), l'apprentissage social par imitation de modèles (par exemple, un des parents présentant lui-même une phobie) ou l'intégration de messages d'alertes (par exemple, un parent trop anxieux qui souligne les dangers liés à certaines situations) apparaissent comme des facteurs environnementaux importants.

5. Le pronostic et l'évolution

Les phobies spécifiques apparaissent généralement durant l'enfance ou au début de l'adolescence mais la plupart disparaîtront ou s'atténueront au début de l'âge adulte. Par contre, si elles persistent au début de l'âge adulte, leur évolution est alors le plus souvent chronique, le taux de rémission spontanée ne dépassant pas les 20 %.

La phobie sociale apparaît généralement entre 10 et 20 ans. Le début peut être insidieux ou brutal, faisant suite à une expérience stressante ou humiliante. Son évolution est ensuite chronique bien que la sévérité du trouble puisse s'atténuer avec les années. Le principal risque évolutif est lié à son retentissement sur l'insertion socio-professionnelle du sujet.

6. La prise en charge psychiatrique

6.1. Traitement non pharmacologique

La prise en charge des troubles phobiques se fait en ambulatoire et repose en premier lieu sur une prise en charge **psychothérapeutique**.

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) sont validées et efficaces dans le traitement des troubles phobiques. Elles s'appuient sur diverses techniques :

* l'exposition in vivo graduée ou désensibilisation systématique : le sujet s'expose volontairement de façon progressive mais prolongée aux objets ou situations redoutées (y compris aux situations sociales dans le cas de la phobie sociale) ;
* la restructuration cognitive : le patient apprend à identifier puis à modifier ses croyances et pensées automatiques à propos de la situation.

Dans le cas des phobies sociales, les TCC de groupe sont les plus efficaces, car elles permettent des exercices d'exposition au « public », des jeux de rôle et un apprentissage de l'affirmation de soi.

6.2. Traitement pharmacologique

Aucun traitement médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques. Les anxiolytiques sont souvent utilisés ponctuellement mais ne modifient pas le trouble phobique au long cours et exposent à un risque de dépendance.

En revanche, dans la prise en charge des phobies sociales sévères, le recours aux **antidépresseurs** de type **inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ou inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)** peut permettre de diminuer les anticipations anxieuses et les activations émotionnelles en situation sociale. Ils sont prescrits sur plusieurs mois, selon les mêmes modalités que dans l'épisode dépressif caractérisé. Ceci facilitera alors les expositions et donc le travail psychothérapeutique.



Résumé

Les troubles phobiques sont des **troubles anxieux chroniques** caractérisés par **une peur intense**, **incontrôlable** et **irrationnelle** d'un **objet** ou d'une situation donnée. Cette peur est source d'une souffrance intense, d'une **anticipation anxieuse** et de **conduites d'évitement**.

Parmi les phobies, on distingue :

* les **phobies spécifiques** limitées à des objets ou des situations très particulières. Plusieurs sous-types sont décrits : animaux, éléments naturels, sang et situationnels ;
* la **phobie sociale** : peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui. Sa gravité est liée au retentissement sur la qualité de vie et l'insertion socio-professionnelle du sujet.

Leur évolution est le plus souvent **chronique** même si l'intensité des symptômes peut avoir tendance à diminuer avec les années. Plusieurs complications sont possibles, notamment pour la phobie sociale : **trouble addictif**, **épisode dépressif caractérisé** ou **autre trouble anxieux**. La prise en charge des phobies repose sur les **thérapies cognitivo-comportementales** mais un traitement médicamenteux par **inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine** peut être envisagé dans les formes de phobie sociale invalidante.



Références pour approfondir

Haute Autorité de Santé : ALD n° 23 – *Troubles anxieux graves*.

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Pelissolo A., « Troubles anxieux et névrotiques », *EMC – Traité de Médecine Akos*, 2012, 7-0150.

Pelissolo A., « Phobies sociales », *EMC*, 2016.

64e

Troubles anxieux

item 64e

Trouble obsessionnel compulsif

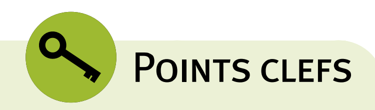
Objectifs pédagogiques

* Diagnostiquer un trouble obsessionnel compulsif.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble obsessionnel compulsif.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.5





Points clefs

Le trouble obsessionnel compulsif est une pathologie **fréquente** débutant dans l'enfance ou chez l'**adulte jeune**.

Le diagnostic repose sur la présence d'**obsessions** et/ou de **compulsions**, d'un impact fonctionnel des troubles et de l'élimination d'autres pathologies psychiatriques.

Les **comorbidités** sont fréquentes en particulier l'**épisode dépressif caractérisé.**

Le traitement repose sur : les thérapies cognitivo-comportementales (en particulier celles basées sur la technique d'exposition avec prévention de la réponse) et les **antidépresseurs** du type **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS).

Le traitement par ISRS doit être utilisé à **posologie élevée** et sur une **durée d'au moins 12 semaines**.

Il est nécessaire de maintenir un **traitement** de consolidation pendant au moins **1 à 2 ans** après l'obtention de la réponse au traitement.

1. Introduction

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est l'une des pathologies psychiatriques les plus **fréquentes** et les plus **invalidantes**. Il associe de façon variable 2 types de symptômes spécifiques : des **obsessions** et/ou des **compulsions**.



Histoire de la psychiatrie

Jusque dans les années 1980, le terme de « névrose obsessionnelle » était utilisé pour décrire des patients présentant des obsessions, des compulsions et certains traits de personnalité (personnalité obsessionnelle ou anankastique). À partir des années 1980, et de la parution de la troisième version du DSM, apparaît le concept de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Cette présentation marque un tournant vers une conception athéorique du trouble. Le diagnostic de TOC devient indépendant de la personnalité présentée par le patient. Cette conception diffère de l'approche psychodynamique qui prévalait jusqu'alors pour laquelle la présence simultanée de symptômes obsessionnels et compulsifs et d'une personnalité obsessionnelle était requise pour porter le diagnostic.

Plus récemment, dans le DSM-5, mais pas dans la version actuelle de la CIM, le TOC est une pathologie qui sort du groupe des troubles anxieux. Les experts du groupe de réflexions sur le TOC ont en effet considéré que l'anxiété constitue un phénomène secondaire. Dans cette nouvelle classification, le TOC intègre un groupe à part : « Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés ». Toutefois, ces deux chapitres se succèdent dans le DSM-5, ce qui permet de souligner le lien étroit entre les troubles anxieux et certains troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Cette nouvelle catégorie inclut d'autres pathologies dites du spectre obsessionnel et compulsif : l'obsession d'une dysmorphie corporelle, la thésaurisation pathologique (comportements d'accumulation), la trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux), la dermatillomanie (triturage pathologique de la peau), le trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une substance, le trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté dû à une autre affection médicale, les autres troubles obsessionnels-compulsifs ou apparentés spécifiés et non spécifiés (ex : jalousie obsessionnelle, comportement répétitif centré sur le corps). L'inclusion de ces pathologies dans un chapitre spécifique permet de mettre en évidence le lien entre ces différentes entités diagnostiques.

2. Contexte épidémiologique

La prévalence des TOC sur la vie entière est estimée à environ 2 %. C'est globalement une maladie du sujet jeune puisque 65 % des patients adultes décrivent un début avant l'âge de 25 ans et environ un tiers dès l'enfance. Le sex-ratio est de 1. Il n'existe pas de différence socioculturelle.

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. Les obsessions

Les **obsessions** sont caractérisées par **l'irruption de pensées**, de pulsions, d'images en désaccord avec la pensée consciente du sujet, mais perçues comme provenant de son esprit. Elles sont :

* récurrentes et persistantes ;
* ressenties comme intrusives et inappropriées par le sujet ;
* source d'anxiété ou d'inconfort. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

3.2. Les compulsions et rituels

Les **compulsions** sont des **comportements répétitifs** (se laver, ordonner, ranger, vérifier, etc.) ou des actes mentaux (compter, répéter des mots, etc.) que le sujet se sent poussé d'accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

Ces compulsions sont destinées à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés. Elles sont soit sans relation réaliste avec ce qu'elles proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessives et ne sont pas source de plaisir au-delà du soulagement de l'angoisse.

Quand les compulsions sont réalisées de manière très précise et stéréotypée on parle de rituels.

3.3. Conscience du trouble (insight)

La reconnaissance du caractère pathologique (excessif et non raisonnable) des symptômes n'est pas systématique dans le TOC. Elle est variable selon les patients et selon les situations. La majorité des patients ont une bonne conscience de leurs troubles (c'est-à-dire un bon insight), mais 5 à 25 % des patients présenteraient un insight faible. La prise de conscience peut varier au cours de l'évolution de la pathologie. C'est également un facteur pronostic de l'évolution du trouble à long terme.

3.4. L'évitement

Un grand nombre de patients développent, pour limiter la survenue des obsessions et des compulsions, un comportement d'évitement vis-à-vis des situations favorisant l'émergence de ces symptômes.

3.5. Thématiques

Les obsessions et compulsions peuvent avoir différents thèmes. On peut retenir trois grandes thématiques aux symptômes obsessionnels et compulsifs (cf. **Tableau 1**).

Nom du thème	Caractéristiques
Contamination (« les laveurs »)	**Obsessions** de contamination. **Compulsions** et rituels de lavage (des mains, du corps entier, des objets) et d'évitement (ne pas toucher, porter des gants).
Erreur (« les vérificateurs »)	**Obsessions** : ordre, symétrie, exactitude Peut être accompagné ou non de pensée magique (ex. peur qu'un accident arrive si les choses ne sont pas rangées dans le bon ordre). **Compulsions** : les « vérificateurs », souci extrême de l'ordre, de la symétrie, de l'exactitude. Grande rigidité dans l'enchaînement des actions, leur réalisation selon des critères idiosyncrasiques (alignement des objets, symétrie des objets, marche sur les lignes du sol).
Pensées interdites (« les conjurateurs »)	**Obsessions** de pensées interdites : Catastrophe : survenue d'un accident qui pourrait se produire du fait de la responsabilité du sujet (mettre le feu ou être à l'origine d'un accident par négligence, renverser un piéton en voiture sans s'en rendre compte, etc.) Impulsion agressive : crainte de perdre le contrôle de soi, peur de commettre un acte répréhensible contre son gré, crainte de violence envers autrui ou soi-même, images de violence ou d'horreur, peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes, peur de faire quelque chose qui mette dans l'embarras, peur de voler des choses, etc. Thématique sexuelle : contenu sexuel jugé répréhensible par la personne (homosexualité, inceste, etc.) Thématique religieuse : préoccupations liées au bien et au mal, à la moralité, des préoccupations liées aux sacrilèges et aux blasphèmes. Elles s'associent possiblement à des prières, des rituels religieux compulsifs ou des rituels mentaux. Thématique somatique : la peur d'être atteint d'une maladie et les obsessions portant sur l'aspect d'une partie de son corps. **Compulsions** : rituels mentaux (mots que les patients se répètent mentalement pour « conjurer » les effets redoutés de l'obsession), vérifications.

Tableau 1. Grandes thématiques du TOC.

4. Le trouble obsessionnel compulsif

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour faire le diagnostic de TOC

Le diagnostic de TOC repose sur :

* présence d'obsession ou/et de compulsion ;
* les symptômes durent au moins une heure par jour ;
* les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération au niveau social, occupationnel ou dans un autre domaine important du fonctionnement ;
* les symptômes obsessionnels et compulsifs ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale ;
* le diagnostic peut être précisé selon l'insight du patient (bon ou mauvais insight).



Classifications internationales

Critères du trouble obsessionnel compulsif dans le DSM-5

A. Présence d'obsessions, de compulsions ou des deux.

B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (par exemple, prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental.

Spécifier si :

* avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou insight,
* avec mauvaise prise de conscience ou insight,
* avec absence de prise de conscience ou insight.

4.1.2. Formes cliniques

Les formes typiques de TOC sont retrouvées chez l'adulte jeune mais des formes plus précoces sont possibles. Les présentations cliniques du TOC chez les enfants sont généralement similaires à celles de l'adulte. Le lavage, la vérification et les rituels de rangement selon un certain ordre sont particulièrement communs chez les enfants. Attention cependant car certains rituels apparaissant au cours du développement n'ont aucune valeur pathologique (rituels d'endormissement par exemple) et ne doivent pas être confondus avec un TOC.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non-psychiatriques

Certaines pathologies neurologiques impliquant les noyaux gris centraux peuvent provoquer des symptômes obsessionnels et compulsifs. Il s'agit entre autres du syndrome Gilles de la Tourette, de la chorée de Huntington et possiblement du PANDAS (Paediatric Autoimmune Disorders Associated with Streptococcus infections) qui est une entité controversée qui associerait des mouvements anormaux et des TOC ou tics chez l'enfant dans les suites d'une infection par streptocoques bêta-hemolytique du groupe B.

4.2.2. Pathologies psychiatriques

Le principal diagnostic différentiel est celui de **schizophrénie** : la distinction entre idées délirantes et obsessions se fait habituellement sur la conviction inébranlable de l'idée délirante et la reconnaissance du caractère irrationnel des pensées dans le cas des obsessions.

Les autres diagnostics à éliminer sont :

* **l'épisode dépressif caractérisé** : ce dernier peut en effet être marqué par des ruminations anxieuses pouvant faire évoquer des obsessions. Le thème de ces ruminations est congruent à l'humeur, c'est-à-dire qu'il s'agit de ruminations anxieuses centrées sur la culpabilité, l'auto-dévalorisation, etc. ;
* **les troubles anxieux** (trouble anxieux généralisé, phobie spécifique notamment) : ces troubles sont souvent liés à des problèmes ou des situations réelles, alors que dans les TOC les situations sont le plus souvent irrationnelles ;
* **l'hypochondrie** (cf. Item 70) ;
* **les mouvements anormaux** : tics (mouvements ou vocalisations répétitives involontaires qui ne sont pas dirigés vers un but. Ils ne sont pas précédés d'obsessions) ;
* **trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive** : elle n'est pas caractérisée par la présence d'obsessions ou de compulsions ; elle implique un mode de fonctionnement de pensée centré sur des préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle. Les traits de personnalité s'installent au début de la vie adulte.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Elles sont très fréquentes, notamment l'épisode dépressif caractérisé, les troubles addictifs, les troubles anxieux, les tics (25 %), les autres troubles du spectre obsessionnel et compulsif (trichotillomanie, dermatillomanie, la thesaurisation pathologique, l'obsession d'une dysmorphie corporelle). Les troubles de la personnalité les plus souvent retrouvés sont : obsessionnelle (30 %), évitante, dépendante.

4.4. Notions de physiopathologie

L'origine du TOC est multifactorielle. Les connaissances actuelles suggèrent une vulnérabilité génétique pour la maladie, même si aucun gène n'a pu être associé de façon fiable à ce trouble. Les gènes impliqués seraient des gènes codant pour des protéines des systèmes sérotoninergique et dopaminergique notamment. Les facteurs environnementaux restent quant à eux extrêmement mal connus.

Neurosciences et recherche

Les symptômes obsessionnels et compulsifs semblent associés à des dysfonctionnements des boucles fronto-striato-pallido-thalamo-corticales. Les noyaux gris centraux ont pour rôle d'intégrer les afférences variées en provenance du cortex, de les intégrer et de modifier, via les boucles cortico-sous-corticales spécifiques, le fonctionnement du cortex frontal, lequel va sélectionner certains programmes moteurs et/ou cognitifs. Deux circuits, orbitofrontal et préfrontal dorsolatéral, semblent jouer un rôle particulier dans la physiopathologie des TOC. Ces deux circuits ont des propriétés fonctionnelles bien distinctes. Si le circuit orbitofrontal a un effet activateur au niveau du relais thalamique (intermédiaire entre le cortex et les noyaux gris centraux), la mise en jeu du circuit préfrontal dorsolatéral se traduit par une inhibition thalamique. Une perturbation de l'équilibre entre ces deux boucles allant dans le sens d'une hyperactivité du circuit orbitofrontal et d'un hypofonctionnement de la boucle préfrontale dorsolatérale pourrait sous-tendre les manifestations cliniques du TOC. Le circuit orbitofrontal s'activerait sans fin, conduisant à l'émergence de pensées obsédantes intrusives autour de phénomènes incontrôlés de « soucis, doutes et culpabilité excessifs » ainsi qu'à l'irruption compulsive de séquences comportementales répétitives de routine et/ou d'habitudes. Ces réponses comportementales seraient destinées à diminuer l'anxiété générée par une situation pour atteindre un niveau compatible avec un fonctionnement normal. Ce modèle est étayé d'une part par des études d'imagerie fonctionnelle qui retrouvent une hyperactivation du cortex orbito-frontal et des noyaux caudés chez les patients ainsi qu'une diminution de cette hyperactivation après traitement. D'autre part, il se caractérise par la constatation de déficits neuropsychologiques portant sur des fonctions sous tendues par ces boucles (inhibition), l'existence de symptômes obsessionnels ou compulsifs dans certaines maladies des noyaux gris centraux, l'efficacité sur les TOC de techniques de neurostimulations ciblant spécifiquement ces zones.

5. Le pronostic et l'évolution

5.1. Complications

L'épisode dépressif caractérisé est une complication fréquente du TOC qui doit toujours être recherchée.

Il en est de même pour les troubles addictifs.

Le risque suicidaire doit être régulièrement évalué, en effet plus de 10 % des patients souffrant de TOC feront une tentative de suicide.

5.2. Évolution

En l'absence de prise en charge, l'évolution tend à être péjorative avec une diminution des tentatives de résistance aux symptômes, la mise en place d'évitements de plus en plus importants entraînant un isolement social.

La sévérité du trouble est très variable : de légère avec un impact modéré sur le fonctionnement social du sujet à sévère avec une grande difficulté dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Chez 20 % des patients, les symptômes ont une évolution intermittente.

Les principaux facteurs de pronostic sont :

* la durée de la maladie avant la prise en charge ;
* l'âge de début ;
* la qualité de la conscience des troubles (insight) ;
* la présence ou non d'un épisode dépressif caractérisé associé.

6. La prise en charge psychiatrique

6.1. Traitement non pharmacologique

6.1.1. Éducation thérapeutique

L'**éducation thérapeutique** a une place primordiale dans la prise en charge. Le TOC est une maladie chronique souvent considérée par les patients comme honteuse et inquiétante (« je deviens fou »), ce qui explique en partie le retard de diagnostic souvent important. Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont :

- rassurer le patient sur le fait qu'il ne va pas perdre le contrôle ou devenir fou ;
- nommer le trouble, souligner sa tendance à la chronicité sans prise en charge, l'impact fonctionnel qu'il peut entraîner ;
- insister sur l'existence de traitements médicamenteux efficaces, leur délai d'action important (6 à 12 semaines), la nécessité d'utiliser des posologies élevées, le rôle limité des anxiolytiques dans la prise en charge au long cours ;
- expliquer la nécessité de réaliser les exercices de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en dehors des séances ;
- rencontrer l'entourage afin d'expliquer la pathologie et impliquer les proches dans la prise en charge. Il est essentiel d'informer l'entourage sur l'importance de ne pas participer aux rituels, ne pas faciliter l'évitement, ne pas répondre aux demandes de réassurances répétées qui peuvent contribuer au maintien du trouble.

6.1.2. Psychothérapie

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) ont fait la preuve de leur efficacité dans les TOC (environ 50 % de patients répondeurs).

La méthode de référence est l'exposition avec prévention de la réponse (approche comportementale). Elle consiste à exposer le patient aux conditions qui déclenchent les obsessions (exposition in vivo et en imagination), à empêcher toute compulsion (observable ou mentale), à apprendre au patient à faire face à l'anxiété, à apprivoiser les émotions suscitées par les obsessions et à développer son sentiment d'efficacité personnelle face à celles-ci. Cette technique consiste donc à confronter progressivement le patient aux stimuli anxiogènes (idées ou représentations obsédantes) sans recourir à ses rituels qui sont conçus comme des stratégies d'évitement de l'anxiété.

L'association TCC et traitement pharmacologique est une option thérapeutique intéressante car elle permet des taux de diminution des symptômes plus importants qu'avec les médicaments seuls ou la psychothérapie seule. La TCC réduirait également les risques de rechute à l'arrêt du traitement. En cas de bonne réponse au traitement, des séances de « rappel » peuvent être proposées à distance pour maintenir les bénéfices thérapeutiques tous les 3 à 6 mois.

6.2. Traitement pharmacologique

6.2.1. Traitement pharmacologique de fond

Les **antidépresseurs** du type **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) ont une efficacité démontrée dans le TOC. Cette efficacité nécessite des **posologies élevées** (souvent le double de la posologie recommandée dans l'épisode dépressif caractérisé) et présente un délai d'apparition plus important que pour la dépression (6 à 12 semaines).

Malgré l'intérêt d'utiliser des posologies élevées, il est important de garder à l'esprit qu'il faut toujours commencer à la plus faible posologie lors de l'instauration d'un traitement antidépresseur même dans l'indication de TOC. Il est aussi extrêmement important de maintenir le traitement **au moins 12 semaines** avant de conclure à un échec. Pour éviter une rechute, il est conseillé de maintenir le traitement à la dose maximale pendant au moins 1 à 2 ans, puis de diminuer la dose progressivement afin d'atteindre la dose minimale efficace.



En pratique

La clomipramine (tricyclique à action sérotoninergique forte) aurait possiblement une efficacité supérieure par rapport aux inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS). Les effets indésirables liés à la clomipramine sont par contre plus importants. La clomipramine n'est donc à envisager qu'après l'échec de deux ou trois ISRS. L'échec d'un ISRS n'est pas prédictif de la réponse à un autre ISRS, ce qui valide la stratégie de « switch » au sein de la même classe. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) n'ont pas d'AMM dans cette indication.

Pour les patients résistants à plusieurs antidépresseurs, il est licite d'envisager une potentialisation du traitement antidépresseur par l'ajout d'un médicament d'une autre classe. Dans cette indication, les antipsychotiques de première génération auraient une efficacité, particulièrement chez les patients présentant également des tics. Les antipsychotiques de deuxième génération associés au traitement de fond permettent une réponse thérapeutique chez environ un tiers des patients résistants. Les antipsychotiques ne doivent en aucun cas être utilisés en monothérapie. On peut également à ce stade de résistance discuter de la combinaison d'un antidépresseur tricyclique avec un ISRS, mais il s'agit de prises en charge spécialisées.

6.2.2. Traitement pharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les anxiolytiques sont un palliatif pour diminuer l'anxiété. Ils ne réduisent ni les obsessions, ni les rituels. Leur utilisation doit rester ponctuelle.

6.3. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation n'est à envisager qu'en cas de risque suicidaire élevé, notamment en cas d'épisode dépressif caractérisé associé.



Neurosciences et recherche

La stimulation cérébrale profonde dans les TOC résistants

Plusieurs études contrôlées ont montré l'efficacité d'un traitement par stimulation cérébrale profonde de zones cérébrales faisant partie des boucles fronto-stritales impliquées dans le TOC. Cette technique utilisée couramment dans le traitement de la maladie de Parkinson consiste en l'implantation intra-cérebrale guidée par un cadre stéréo-taxique (coordonnées repérées par neuro-imagerie) d'électrodes pouvant délivrer des stimulations électriques à haute-fréquence. À ce jour, plus d'une centaine de patients dans le monde ont bénéficié de ce nouveau traitement.



Résumé

Le **TOC** est une pathologie **fréquente** et encore largement **sous-diagnostiquée**. Le trouble débute généralement dans l'**enfance** ou au début de l'âge **adulte** (avant 30 ans). Le diagnostic repose sur la présence d'**obsessions** et **compulsions**. Les obsessions sont des pensées ou images qui s'imposent au sujet avec un caractère intrusif, répétitif et provoquent un inconfort. Les compulsions sont des comportements ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession. Elles sont sans relation réaliste avec ce qu'elles visent à neutraliser ou manifestement excessives. Les deux types de TOC les plus fréquents sont les TOC de contamination avec compulsions de lavage et les TOC avec compulsions de vérification et répétition. Les **comorbidités** psychiatriques sont très fréquentes en particulier l'épisode **dépressif caractérisé**. En l'absence de prise en charge, l'évolution est le plus souvent **chronique** avec l'apparition progressive d'un **handicap fonctionnel** qui peut devenir sévère. Les **antidépresseurs ISRS** prescrits avec une **posologie** élevée, sur une **durée prolongée** (début de l'effet après 6 à 12 semaines) ont une efficacité équivalente aux **thérapies cognitivo-comportementales**. Ces deux traitements doivent être associés dans les cas sévères ou résistants.



Références pour approfondir

HAS 2005. *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle.*

Clair A.-H., Trybou V., Hantouche E., Mallet L., *Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs [nouvelles approches]*, Dunod, 2013, 392 p.

Millet B., Jaafari N., « Traitement du trouble obsessionnel-compulsif », *La Revue du praticien*, 2007 Jan., 57(1), p. 53-57.

Sauteraud A., *Trouble obsessionnel-compulsif (Le). Le manuel du thérapeute*, Odile Jacob, 2005, 368 p.

64f

Troubles anxieux

item 64f

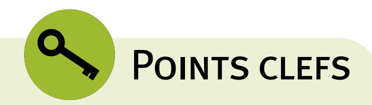
État de stress post-traumatique

Objectifs pédagogiques

* Diagnostiquer un trouble stress post-traumatique.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.6





Points clefs

Le diagnostic du trouble stress post-traumatique repose sur : exposition à un événement **traumatique** associée à un **syndrome de répétition**, un **syndrome d'évitement**, une **hyperactivation neurovégétative** et des **altérations négatives des cognitions et de l'humeur** évoluant pendant **plus d'un mois** après le traumatisme.

On porte le diagnostic de **trouble stress aigu** lorsque les symptômes évoluent depuis moins d'un mois après le traumatisme.

Les principaux risques évolutifs correspondent à l'**épisode dépressif caractérisé, le suicide** et le **trouble addictif**.

La prise en charge du trouble repose d'abord sur les **psychothérapies** centrées sur le trauma (EMDR), et sur les **antidépresseurs**.

1. Introduction

Dans cet item (ainsi que dans le reste de l'ouvrage), nous parlerons, comme dans les classifications internationales, de « trouble stress post-traumatique » et non d'« état de stress post-traumatique ».

Le trouble stress post-traumatique (TSPT) correspond à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'**exposition à un événement traumatique.**

Un événement traumatique est défini comme un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(s) de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles.

L'exposition peut se faire de différentes façons : en étant directement victime, en étant témoin direct, en apprenant que cela est arrivé à un membre de la famille/une personne proche ou dans un cadre professionnel avec exposition répétée (pompiers, personnels soignants, policiers).



Histoire de la psychiatrie

Déjà un siècle avant J.-C., Lucrèce avait décrit dans *De Rerum Natura,* des rêves traumatiques de bataille chez des généraux. Cependant, le terme de « névrose traumatique » n'apparaît pour la première fois qu'en 1884 avec H. Oppenheim, pour décrire les symptômes présentés par certaines victimes de catastrophes ferroviaires. Selon les auteurs et les époques, elle sera successivement vue comme une pathologie rattachée à la neurasthénie (J. M. Charcot) ou comme une pathologie autonome (S. Freud, E. Kraepelin). Mais c'est suite à la guerre du Vietnam et au retour des vétérans sur le sol américain que la pathologie connaîtra un regain d'intérêt et réapparaîtra en tant que telle dans le DSM-III (1980). L'évolution de la nosographie se fera ensuite vers la notion de trouble, différenciant les symptômes de survenue précoce, tel le trouble stress aigu (TSA), des symptômes durables (TSPT).

2. Contexte épidémiologique

La prévalence sur la vie entière du TSPT serait comprise entre 5 et 10 % de la population générale. Elle peut être plus importante au sein des populations exposées aux traumatismes comme, par exemple, celles qui ont émigré récemment de zones géographiques instables ou en guerre, ou encore chez les victimes ou les témoins directs d'attaques terroristes.

Les études chez les sujets exposés à un traumatisme retrouvent un risque de développer un TSPT d'environ 10 % mais pouvant aller jusqu'à 50 %, notamment chez les victimes de viol, les survivants de combats, de détention militaire, de génocide et d'internement ethnique ou politique.

Le sex-ratio est de 2 femmes pour 1 homme. À noter que les agressions sexuelles apparaissent plus souvent dans la population féminine mais surviennent aussi auprès des hommes, notamment pendant l'enfance.

Certains facteurs de risque d'évolution vers un TSPT après exposition à un événement traumatisant sont identifiés : les caractéristiques de l'événement traumatique (type, sévérité, durée et proximité de l'exposition), la faible qualité du soutien social, le sexe féminin, les antécédents psychiatriques (autres troubles anxieux, troubles dépressifs, etc.), les antécédents d'autres événements traumatiques et un niveau socio-économique bas.

3. Sémiologie psychiatrique

Pour que la sémiologie psychiatrique du TSPT soit évaluable, il est indispensable que le sujet ait été exposé à un événement traumatique (c'est-à-dire qu'il ait été objectivement exposé à la mort ou une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences).

Les victimes, témoins ou personnes ayant été brutalement informés qu'un tel événement est arrivé à un de leurs proches sont également concernés.

À noter que l'exposition par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, film ou autres images ne peut constituer un événement traumatique objectif.

3.1. Syndrome de répétition

Les patients souffrant de TSPT présentent des **reviviscences** c'est-à-dire **qu'ils revivent** involontairement, de manière vivace, envahissante, pénible et répétitive certains aspects de **l'expérience traumatique**. Ces expériences à forte tonalité sensorielle génèrent une intense détresse émotionnelle.

Ces reviviscences peuvent également être nocturnes, il s'agit des **cauchemars traumatiques**.

Enfin, les réactions dissociatives sont décrites généralement comme des **flash-backs** au cours desquels le sujet agit ou se sent comme si l'événement allait se reproduire voire se reproduisait. Ainsi « replongé » dans l'événement le sujet perd conscience de la réalité ambiante pendant quelques secondes à quelques minutes. Dans les formes sévères, rares, des actes médico-légaux peuvent être observés (accident, rixe, fugue, etc.).

Ces reviviscences sensorielles et émotionnelles sont généralement accompagnées d'une réactivité physiologique avec symptômes physiques (palpitations, sueurs, tremblement, polypnée, etc.)

3.2. Syndrome d'évitement

L'**évitement** des stimuli qui rappellent au sujet le traumatisme est aussi un symptôme-clé pour le diagnostic de TSPT. Ces stimuli peuvent être des personnes, des lieux, des situations ou des circonstances qui ressemblent ou sont associés au traumatisme.

Les patients souffrant de TSPT s'efforcent à chasser tout souvenir rattaché au traumatisme, par exemple en évitant d'y penser (en se mettant à lire, en allumant la télévision ou en appelant un ami) ou d'en parler de manière détaillée, surtout pour les souvenirs les plus difficiles.

On peut également observer des stratégies d'évitement avec réorganisation de la vie quotidienne. C'est le cas, par exemple, chez les victimes d'accident de la circulation dont certaines évitent de reprendre le même trajet et sont obligées de faire des détours ou d'autres, qui tentent d'éviter toute conduite automobile. Les conséquences fonctionnelles générées peuvent-être très importantes.

3.3. Hyperactivation neurovégétative

Les **altérations du sommeil sont généralement au premier plan** : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu au moindre bruit. La survenue de cauchemars peut participer à ces altérations du sommeil, parce que l'endormissement est redouté ou parce que le rêve traumatique réveille en sursaut.

L'**irritabilité** est souvent rapportée : tout devient insupportable, « invivable » (le bruit, la foule, certaines situations du quotidien, etc.). Les accès de colère ne sont pas rares, aggravant les répercussions socio-professionnelles.

L'**hypervigilance** (état de qui-vive permanent) est un état d'alarme dont l'objectif est de dépister et d'analyser le moindre stimulus environnemental qui peut être interprété comme une nouvelle menace. Cet état s'accompagne souvent de réactions de **sursaut** exagérées au moindre bruit (claquement de porte, bruit de moteur, sonnerie de téléphone, sirène, etc.).

Cette symptomatologie s'accompagne fréquemment d'altérations de la concentration et de la mémoire.

Enfin, des comportements auto-destructeurs sont également observés. Le risque suicidaire est élevé dans le TSPT. Par exemple, le suicide est la principale cause de mortalité chez les vétérans américains des guerres « modernes » d'Irak et d'Afghanistan.

3.4. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur

Les distorsions cognitives persistantes concernent non seulement le sujet lui-même (« je suis mauvais », « je n'ai pas su défendre ma famille »), mais également les autres (« ce monstre a détruit ma vie », « on ne peut faire confiance à personne »). Le sujet se blâme ou rumine l'implication d'autres personnes en rapport avec l'événement. Ces ruminations se déroulent dans un état émotionnel quasi permanent, où la peur, la colère, la culpabilité ou la honte dominent.

Dans ce contexte, des modifications de l'humeur peuvent également être observées : diminution des intérêts, détachement, incapacité à éprouver des émotions positives. Ces symptômes rendent difficiles le diagnostic d'une éventuelle comorbidité avec l'épisode dépressif caractérisé.

4. Le trouble stress post-traumatique

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour poser le diagnostic du trouble stress post-traumatique

Le diagnostic de TSPT repose sur :

* **l'exposition directe ou indirecte** (témoin, proche) à un événement traumatique au cours duquel le sujet ou d'autres personnes sont mortes ou ont risqué de mourir, ou d'être gravement blessées ou menacées dans leur intégrité ;
* un **carré symptomatique** regroupant : syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative et altérations négatives des cognitions et de l'humeur ;
* une évolution **de plus d'un mois** des symptômes après la survenue de l'événement traumatique ;
* une souffrance cliniquement significative ou une **altération du fonctionnement** social ou professionnel.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

On distingue :

* les formes dissociatives avec déréalisation et/ou dépersonnalisation persistantes ou récurrentes ;
* les formes à expression retardées : lorsque l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois ou plus après l'événement. Il s'agit en fait de l'aggravation ou de la réactivation symptomatique d'une forme subsyndromique ;
* les formes pédiatriques du TSPT : la symptomatologie est souvent différente de celle rencontrée chez l'adulte. Les symptômes de reviviscence, par exemple, peuvent prendre la forme de répétitions de la scène traumatique sous forme de jeux répétitifs, de dessins ou de rêves effrayants.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Trouble stress aigu

Le **trouble stress aigu** (TSA) désigne l'apparition d'une **symptomatologie similaire au TSPT** (syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative, altérations négatives des cognitions et de l'humeur) dans les jours suivant le traumatisme mais ne perdurant pas au-delà d'un mois.

Le TSA débute typiquement immédiatement après le traumatisme et dure entre **3 jours et 1 mois**.

Son évolution est souvent spontanément résolutive, mais peut aussi se compliquer d'un TSPT. Cette évolution défavorable serait plus fréquente lorsque le patient présente dans les suites immédiates du traumatisme, une symptomatologie dissociative avec mutisme, errance, état de détachement, dépersonnalisation, déréalisation, voire une amnésie de l'événement ou s'il présente des facteurs de risque (antédécents psychiatriques, antécédents d'autres événements traumatiques).

4.2.2. Trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation se distingue du TSA et du TSPT par sa symptomatologie : absence de syndrome de répétition et de syndrome d'évitement dans le trouble de l'adaptation (cf. Item 64g).

4.2.3. Trouble obsessionnel compulsif

Les patients présentant un trouble obsessionnel compulsif peuvent présenter des idées ou images intrusives mais celles-ci ne sont pas en lien avec un événement traumatique.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :

* **troubles addictifs** : troubles liés à l'usage d'alcool, de tabac, de psychotropes ou d'autres substances psychoactives pour atténuer les symptômes (en particulier les cauchemars traumatiques) ;
* **épisode dépressif caractérisé** : les patients souffrant de TSPT avec épisode dépressif caractérisé présentent souvent des idées de honte ou de culpabilité et une baisse du désir sexuel. Le risque évolutif principal de cette comorbidité est le risque suicidaire ;
* **autres troubles anxieux** : trouble panique, trouble phobique ou trouble obsessionnel compulsif.

4.4. Notions de physiopathologie

Le TSPT est une pathologie secondaire à l'exposition à un événement traumatique. Cependant, il ne survient pas systématiquement après un événement traumatique : chaque individu présente un niveau de vulnérabilité ou de résilience plus ou moins important (déterminé en partie par des facteurs génétiques).



Neurosciences et recherche

Le syndrome de répétition impliquerait des processus mnésiques (étape d'encodage en particulier). Le traumatisme pourrait agir comme un embrasement émotionnel, dépassant les ressources du sujet pour traiter l'information. Ainsi, les traces mnésiques de l'événement seraient différentes des souvenirs autobiographiques classiques. En conséquence, certains aspects des traces mnésiques laissées par le traumatisme arrivent très facilement à la conscience du patient sous la forme de reviviscences chargées des émotions initiales et non comme souvenirs du passé. Ces mécanismes font actuellement l'objet de très nombreuses études.

Pour ce qui est de l'évitement : selon la théorie du conditionnement classique, certains éléments de contexte lors de l'événement traumatique sont associés à la peur ressentie par le sujet. Par conséquent, les stimuli évocateurs sont ensuite à l'origine d'un sentiment de détresse et donc évités. Le TSPT résulterait en partie d'un défaut d'extinction de la réaction de peur, même en l'absence prolongée du stimulus traumatique.

Enfin, en ce qui concerne la nature de l'événement traumatique, le degré de détresse ressenti lors de l'événement dépend aussi de l'histoire personnelle de la personne concernée. Par exemple, le fait que le sujet perçoive ou non sa propre vie comme menacée durant l'épisode a un impact sur le risque de développer un TSPT. De même, le sentiment de culpabilité ou de honte augmente le risque d'évolution chronique.

5. Le pronostic et l'évolution

5.1. Pronostic

Les facteurs de pronostic du TSPT sont la qualité du soutien social du sujet, les antécédents personnels et familiaux de trouble psychiatrique et les antécédents d'événements traumatiques, notamment durant l'enfance.

5.2. Évolution

La durée des symptômes est variable. Dans environ la moitié des cas, une guérison complète survient en trois mois. D'autres évolutions sont plus péjoratives comme les formes chroniques pour lesquelles la symptomatologie peut persister plus de douze mois après le traumatisme ou les évolutions alternant périodes d'amélioration et d'aggravation des symptômes. Par ailleurs, une réactivation des symptômes peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial, à des événements de vie stressants, ou bien à de nouveaux événements traumatiques.

Le risque suicidaire est augmenté indépendamment de la présence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble addictif mais renforcé significativement s'ils sont présents.

La gravité du tableau est liée à son retentissement sur le fonctionnement social avec risque de désinsertion socio-professionnelle progressive, de repli mais aussi à la survenue de complications (épisode dépressif caractérisé notamment).

L'évolution est aussi marquée par le retentissement fonctionnel et les conséquences juridiques de l'événement. Le parcours de reconnaissance et le déroulement des procédures judiciaires ont un impact majeur sur l'évolution clinique.

6. La prise en charge psychiatrique

6.1. Prise en charge immédiate au décours d'un événement traumatique

En France, les interventions précoces auprès des victimes sont fréquemment proposées. Ces actions ne constituent qu'une première étape et ne peuvent être suffisantes pour éviter le développement d'un TSPT ou d'un TSA.

À la phase suivant immédiatement le traumatisme, il s'agit de techniques de « *defusing* » ou « déchocage psychologique » qui visent à réduire la charge émotionnelle et à identifier les personnes les plus vulnérables afin de leur proposer des soins spécialisés. C'est seulement à partir de 72h, parfois plus, qu'un « *debriefing* psychologique » peut être réalisé.

Les principaux objectifs de ces interventions précoces sont :

* le repérage et le traitement des patients présentant des manifestations aiguës de stress et notamment une symptomatologie dissociative ;
* l'information des victimes et de leurs proches sur les modalités évolutives de leurs symptômes et les possibilités d'aide en cas de persistance de ces derniers ;
* la mise à disposition d'une aide psychologique (possibilité d'une écoute pour les sujets souhaitant verbaliser les émotions souvent violentes ressenties au cours de la situation traumatique).

Toutefois, ces actions n'ont, à l'heure actuelle, pas montré d'efficacité dans les études scientifiques contrôlées.

Au niveau médicamenteux, aucun traitement n'a aujourd'hui une efficacité suffisante pour être recommandé systématiquement après l'exposition à un événement traumatique.

Enfin, il est très important de prendre en compte la dimension sociale et juridique qui a un impact majeur et d'orienter vers des associations spécialisées ou des groupes d'entraide. C'est pourquoi la rédaction d'un certificat médical initial est très importante, même si à cette phase, la personne n'envisage pas de processus judiciaire. De même, des prélèvements sont à proposer systématiquement en cas d'agression sexuelle.



Les interventions précoces peuvent-être préférentiellement réalisées en cas de catastrophe par une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui regroupe des psychiatres, des psychologues et des infirmiers. Chaque SAMU dispose d'une CUMP départementale.

La majorité des sujets présentant des symptômes psychiques modérés en phase aiguë connaîtront une évolution favorable spontanée sous quelques semaines (généralement moins d'un mois), s'il s'agissait du premier événement traumatique. Il est recommandé de ne pas leur proposer de prise en charge thérapeutique systématique à but préventif en l'absence de symptômes. Il faudra proposer aux personnes présentant des signes de vulnérabilité une nouvelle consultation à un mois pour juger de l'évolution et mobiliser les ressources thérapeutiques sur les personnes présentant des caractéristiques péjoratives.

6.2. Traitement non pharmacologique du TSPT

Il s'agit d'un versant primordial de la prise en charge. La **psychothérapie** est centrale. Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

* les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) centrées sur le traumatisme sont efficaces d'autant qu'elles sont commencées précocement après le traumatisme. Elles ont pour objet la gestion de l'anxiété, la lutte contre les évitements qu'ils soient cognitifs ou comportementaux et utilisent des techniques classiques telles que la relaxation, les techniques d'exposition graduée aux stimuli et la restructuration cognitive ;
* la **thérapie d'exposition prolongée** (TEP) est une technique de désensibilisation vis-à-vis de l'événement traumatisant. L'exposition peut être imaginaire ou réelle. Elle doit être progressive, répétée et contrôlée pour obtenir vis-à-vis du traumatisme un phénomène d'habituation. Il faut amener le patient à expérimenter la diminution de son angoisse face au stimulus problématique autrement que par l'évitement ;
* l'**eye movement desensitization and reprocessing** (EMDR) a été développée par Shapiro en 1989. Cette technique repose sur la théorie selon laquelle les symptômes du TSPT sont liés à l'encodage inadéquat des informations attachées à l'événement. La procédure d'EMDR vise à stimuler les processus de traitement de l'information afin que les souvenirs de l'événement traumatique acquièrent le statut de souvenirs débarrassés des émotions négatives initiales. Le patient est invité selon une procédure standardisée à évoquer certains éléments de souvenir alors que son attention est focalisée sur des stimuli bilatéraux visuels.

Ces trois catégories de psychothérapies centrées sur l'événement traumatique sont considérées actuellement comme les traitements de première ligne, plus efficaces que les traitements médicamenteux et donc à proposer en priorité aux patients.

Enfin, le recours à des **groupes de paires** ou des **associations** pouvant apporter une **aide sociale et juridique** est très important.

6.3. Traitement pharmacologique du TSPT

Chez les sujets présentant un TSPT constitué, le traitement pharmacologique reposant sur l'usage d'**antidépresseurs** type **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)** ne constitue pas un traitement de première intention mais peut être utilisé pour des sujets présentant des

symptômes sévères ou chroniques et ceux ne pouvant pas ou ne souhaitant pas suivre une psychothérapie. Il faut signaler qu'en France, les psychothérapies, pourtant traitement de première ligne du TSPT, sont loin d'être accessibles à tous et ne sont pas systématiquement remboursées. Cet état de fait représente un obstacle à leur accès pour de nombreuses victimes.

Il est important de savoir que **l'usage des benzodiazépines est à éviter** dans les suites d'une exposition traumatique, quel que soit le stade. Le traitement symptomatique de l'insomnie, de l'anxiété ou d'autres troubles, doit donc reposer sur les autres catégories de traitements anxiolytiques (antipsychotiques sédatifs, hydroxyzine).

6.4. L'hospitalisation en psychiatrie

La prise en charge du TSPT se fait généralement en ambulatoire mais l'hospitalisation peut être indiquée en cas de symptômes sévères ou en cas de symptomatologie dépressive, de risque suicidaire et en présence de troubles addictifs associés.



Résumé

Le trouble stress post-traumatique correspond à l'apparition de symptômes caractéristiques à type de **syndrome de répétition** (reviviscences et cauchemars), de **syndrome d'évitement**, d'**hyperactivation neurovégétative**, d'**altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées**, pendant **plus d'un mois**, chez un sujet qui a été exposé à un **événement traumatique** lors duquel lui-même ou d'autres personnes a (ont) pu risquer de mourir ou être sévèrement blessé(s), ou sexuellement agressée(s). Les facteurs pronostiques sont d'abord liés à la nature de l'événement et de l'exposition, puis à des facteurs individuels (soutien social, antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques). La prise en charge thérapeutique repose d'abord sur le repérage des sujets à risque et l'intervention la plus précoce possible. Le **traitement psychothérapeutique** est à privilégier et repose principalement sur la **thérapie cognitivo-comportementale**, la **thérapie d'exposition prolongée** et l'**EMDR**. Les antidépresseurs (ISRS ou IRSNA) peuvent être utiles en cas de symptômes persistants ou sévères ou d'impossibilité à accéder à une psychothérapie. Le recours à des groupes de paires ou des associations pouvant apporter une aide sociale et juridique est très important.



Références pour approfondir

Jehel L., Lopez G., *Psycho-traumatologie : évaluation, clinique, traitement*, Dunod, 2006, 312 p.

Kedia M., Sabouraud-Seguin A. *et al.*, *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie*, 2e édition, Dunod, 2013, 304 p.

64g

TROUBLES ANXIEUX

item 64g

TROUBLE DE L'ADAPTATION



* Diagnostiquer un trouble de l'adaptation.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble de l'adaptation.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.7





* La prévalence du trouble de l'adaptation (TA) est de 1 %.
* Le TA apparaît dans les **3 mois suivant un événement de vie vécu comme stressant**, et **disparaît dans les 6 mois** après l'arrêt de ce dernier.
* Les symptômes du TA sont de plusieurs types : **anxieux, dépressifs** et/ou **comportementaux.**
* La principale complication est **le suicide**.
* Les TA peuvent également se compliquer de **troubles de l'humeur ou anxieux** chroniques caractérisés, ou encore de **troubles addictifs**.
* Le traitement de première intention est la **psychothérapie.**

1. Introduction

La notion de trouble de l'adaptation (TA) est utilisée depuis les années 1980 dans la classification américaine de référence, le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Il constitue, tout comme le trouble stress post-traumatique, un **syndrome de réponse au stress**.

Il est défini par la présence de symptômes **réactionnels** à un ou des événement(s) de vie au(x) quel(s) le sujet n'arrive pas à **s'adapter**.

Le TA survient quand les capacités d'adaptation du patient à son milieu sont momentanément dépassées, mais qu'il n'y a pas de symptômes suffisants pour établir un diagnostic de trouble de l'humeur, de trouble anxieux ou d'un autre trouble relié au stress.

Dans le contexte socioculturel considéré, la réaction de la personne est jugée excessive par rapport à la réaction habituelle à des facteurs de stress similaires.

2. Contexte épidémiologique

Les TA constituent l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale (entre 10 et 20 %) et en psychiatrie ambulatoire (entre 5 à 20 % des consultations).

Les TA peuvent survenir à tout âge chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. À l'âge adulte, les femmes sont plus touchées que les hommes (2/3), alors que chez l'enfant, l'adolescent et le sujet âgé, le sex-ratio est équilibré.

Le facteur de risque principal pour les adultes est l'existence d'un **trouble de personnalité**, qui constitue une **vulnérabilité psychiatrique** limitant les capacités d'adaptation. Des conditions d'existence difficiles exposent également les personnes défavorisées à une plus grande fréquence des facteurs de stress (précarité, isolement social, contexte migratoire, etc.), et par conséquent à un risque plus élevé de présenter un trouble de l'adaptation.

3. Sémiologie psychiatrique

3.1. Événement(s) stressant(s)

Les **événements de vie** sont centraux dans le TA. En effet, le TA se définit par l’apparition et la persistance de symptômes cliniquement significatifs en réaction à des événements de vie stressants ou à leur répétition.

Le facteur de stress est **identifiable**. Il concerne le domaine professionnel et/ou personnel, et constitue un changement imposant une adaptation de la part du sujet. Il peut être unique ou multiple, récurrent ou continu, concerner le patient seul ou un groupe plus large. Il est souvent associé aux transitions dans le parcours de vie (mariage, rupture sentimentale, changement de métier, difficultés financières, etc.). Le TA peut aussi faire suite à l’annonce diagnostique d’une pathologie invalidante ou à pronostic défavorable.

Par contre, les troubles liés au deuil ne font pas partie des TA et sont regroupés dans les deuils pathologiques (cf. Item 141).

En population pédiatrique, les TA suivront souvent une séparation des parents, une entrée au lycée ou l’échec à un examen. À noter que certains événements d’apparence « non stressants » (naissance, déménagement, promotion professionnelle) peuvent être à l’origine de TA, notamment chez des patients présentant une vulnérabilité.

Dans tous les cas, l’événement de vie vient déborder les **capacités d’adaptation** du patient.

3.2. Symptômes émotionnels ou comportementaux

Le TA se caractérise par des symptômes **émotionnels** ou **comportementaux** qui ne remplissent pas les critères diagnostiques d’un autre trouble psychiatrique caractérisé (trouble anxieux, épisode dépressif caractérisé, autre trouble lié au stress). Le caractère pathologique de cette réaction au stress se situe dans **l’altération du fonctionnement socio-professionnel**.

Ces symptômes apparaissent, par définition, au plus tard **dans les 3 mois suivants** le début du facteur stress, et disparaissent **6 mois après l’arrêt de ce dernier**.

4. Le trouble de l’adaptation

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour faire le diagnostic de TA

Le diagnostic de TA repose sur :

* des symptômes émotionnels ou comportementaux cliniquement significatifs ;
* survenant au cours des 3 mois suivants un (ou plusieurs) facteurs de stress identifiables ;
* sans autres critères pour un autre trouble mental ;
* les symptômes ne persistent pas plus de 6 mois après la disparition des facteurs de stress.



Classifications internationales

Critères du trouble de l'adaptation dans le DSM-5

A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne(nt) un ou deux élément(s) suivant(s) :
- détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation ;
- altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

On distingue différentes formes cliniques de TA en fonction des manifestations cliniques prédominantes :

* les **TA avec humeur dépressive** sont caractérisés par des symptômes dépressifs, tels qu'une humeur triste, des pleurs répétés et des troubles cognitifs affectant la concentration et la mémoire. Ces tableaux, bien qu'ayant un retentissement important, ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif caractérisé. Il s'agit de la forme de TA la plus fréquente ;
* les **TA avec anxiété** entraînent des symptômes anxieux invalidants ainsi que des manifestations neurovégétatives (céphalées, troubles digestifs, cardiovasculaires ou respiratoires). Là encore, les critères cliniques des troubles anxieux ne sont pas retrouvés. Les personnes âgées vont plus fréquemment développer ce type de TA ;
* les **TA avec anxiété et humeur dépressive** associent des symptômes dépressifs et anxieux, dont l'intensité reste insuffisante pour s'inscrire dans un trouble anxieux ou un épisode dépressif caractérisé ;
* les **TA avec perturbations des conduites** se traduisent par des comportements à risque à type d'alcoolisation, d'opposition ou encore d'hétéro agressivité. Ces attitudes « antisociales » ne relèvent pas de trouble de la personnalité, et sont bien en lien avec un événement stressant. Cette forme de TA est plus fréquente chez les adolescents. Il peut exister d'autres symptômes comportementaux tels que : isolement, absentéisme, troubles liés à l'usage de médicaments (anxiolytiques) ou de substances (tabac, alcool, stupéfiants), fugues, comportements suicidaires, etc. ;
* Les **TA avec perturbations à la fois des conduites et des émotions** regroupent différents symptômes cités plus haut.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Réaction adaptée au stress

Le TA se distingue d'une réaction adaptée à un stress extérieur par l'intensité des symptômes et/ou l'altération du fonctionnement occasionnée par cet événement. Il faut être vigilant à ne pas diagnostiquer le TA par excès.

4.2.2. Pathologies non-psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, la contribution d'une cause médicale non-psychiatrique doit être recherchée.

4.2.3. Pathologies psychiatriques

Le TA fait partie des **troubles liés au stress**, tout comme le **trouble stress aigu** ou le **trouble stress post-traumatique** (cf. Item 64f). Cependant, le TA se distingue de ces troubles de par sa symptomatologie (absence de syndrome de répétition et de syndrome d'évitement).

Les événements de vie stressants peuvent être des facteurs déclenchant de nombreuses pathologies. Si la réponse au facteur de stress remplit les critères d'un trouble anxieux ou d'un épisode dépressif caractérisé, le diagnostic de trouble de l'adaptation sera récusé au profit du trouble psychiatrique plus spécifique. De même si la réponse au facteur de stress est une aggravation ou une exacerbation d'un trouble préexistant, notamment anxieux ou dépressif (par exemple, aggravation de compulsions ritualisées dans le cadre d'un trouble obsessionnel compulsif, exacerbation d'une anxiété sociale dans le cadre d'une phobie sociale, etc.).

Le diagnostic différentiel le plus important est l'épisode dépressif caractérisé. La différence majeure tient à la permanence des symptômes dans l'épisode dépressif tandis que dans le trouble de l'adaptation, les symptômes sont fluctuants, avec des périodes d'abattement entrecoupées par des moments de reprise de confiance et d'évocation de bons moments du passé.

4.3. Les comorbidités psychiatriques

Les principales comorbidités psychiatriques sont les **troubles de personnalité**, qui représentent un facteur de risque de TA, ainsi que les **troubles liés à l'usage des substances**.

4.4. Notions de physiopathologie

Suite à un événement stressant, la réaction initiale est le choc pendant lequel peuvent coexister un déni et une sidération. Secondairement, les **capacités d'adaptation** du patient vont se mettre en place et lui permettre de réagir. Celles-ci dépendent de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux.



Pour qu'un TA se développe, il y a combinaison entre un facteur de stress vécu douloureusement et une vulnérabilité individuelle.

En ce qui concerne l'événement stressant, sa durée et son intensité sont deux éléments importants. Ainsi, devant un facteur de stress aigu et peu intense, un individu pourra plus aisément mettre en place ses capacités d'adaptation. Soulignons que l'intensité de l'événement est une notion subjective : seule l'évaluation du patient doit être prise en compte car c'est elle qui détermine l'impact du stress vécu. Le trouble de l'adaptation peut donc faire suite à un événement en apparence anodin mais vécu très difficilement.

Les facteurs individuels mêlent des facteurs psychiatriques et sociaux. Au niveau biologique, il n'existe pas de modèle déterminé en lien avec le TA. Cependant, on retrouve, dans la littérature, différents modèles expérimentaux de réaction au stress mettant en cause les systèmes dopaminergique, noradrénergique et sérotoninergique, ainsi que des troubles endocriniens affectant l'axe hypothalamo-hypophysaire. Les modèles de la défaite sociale et de l'impuissance apprise illustrent les conséquences comportementales à moyen terme d'un facteur de stress non létal.

L'existence de comorbidités psychiatriques (trouble de personnalité, trouble addictif), un antécédent de TA, mais également des traits de personnalité comme une faible estime de soi, un pessimisme ou une culpabilité importante sont des éléments qui fragilisent et prédisposent au TA.

Enfin, d'un point de vue social, l'absence d'un entourage soutenant, ainsi qu'une situation économique précaire, sont des facteurs de risque de TA.

5. Le pronostic et l'évolution

5.1. Complications

La complication principale est le **suicide** : entre 2 et 4 % des patients souffrant de TA font des **tentatives de suicide**. Les adolescents sont les plus touchés, avec près de 10 % de tentatives de suicides.

Les troubles addictifs sont une complication fréquente, à tous les âges.

Chez l'adulte et la personne âgée, les TA peuvent évoluer vers un **épisode dépressif caractérisé**, particulièrement pour les TA avec humeur dépressive.

Un TA à l'adolescence peut évoluer vers différents troubles psychiatriques, comme, par exemple, un trouble de l'humeur ou un trouble de personnalité.

5.2. Évolution

Par définition, le TA est **transitoire** et cède dans les 6 mois suivant la fin du facteur de stress.

Le pronostic global d'un TA est généralement **favorable**, avec 75 % des adultes qui ne présenteront aucune complication ni séquelle. Cependant, il peut parfois se compliquer de troubles thymiques ou anxieux caractérisés.

Les facteurs prédictifs de mauvais pronostic sont la **durée** d'évolution des symptômes, les **troubles du comportement associés**, un **trouble de la personnalité** associé ou encore l'existence d'un **trouble addictif**.

6. La prise en charge psychiatrique

Le TA est la plupart du temps **spontanément résolutif**. Des traitements spécifiques sont cependant parfois nécessaires, en raison de l'altération de la qualité de vie et du risque d'évolution vers un trouble anxieux ou thymique caractérisé.

6.1. Traitement non pharmacologique

Le traitement **psychothérapeutique** est à privilégier, afin de permettre une verbalisation autour de la situation stressante et de ses conséquences sur la vie du sujet. Selon les capacités d'élaboration du patient, cette verbalisation permettra dans un premier temps d'abaisser le niveau de tension émotionnelle. Par la suite, le travail psychothérapeutique sera de comprendre la signification du facteur de stress et de le mettre en lien avec l'équilibre antérieur du patient.

Différents types de psychothérapie peuvent être indiqués dans le TA (cf. Item 71).

6.2. Traitement pharmacologique

Le recours aux médicaments psychotropes est parfois nécessaire, à visée symptomatique. Chez l'adulte, une **anxiolyse** par benzodiazépines peut être indiquée quand les symptômes anxieux sont invalidants. L'hydroxyzine (Atarax®) est une bonne alternative aux benzodiazépines (cf. Item 72). Cette molécule doit être envisagée en première intention lorsqu'un traitement médicamenteux est indiqué chez l'enfant et l'adolescent.

Les **hypnotiques** type zolpidem (Stilnox®) ou zopiclone (Imovane®) sont indiqués en cas de troubles importants du sommeil chez l'adulte.

6.3. L'hospitalisation en psychiatrie

L'indication principale sera la prise en charge d'une **crise suicidaire** (cf. Item 348).

Un **environnement** très négatif, aggravant ou causant le TA, peut être une autre indication à l'hospitalisation, afin d'instaurer une mise à distance, d'évaluer et d'intervenir sur cet environnement.

Chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que chez le majeur protégé et la personne âgée, l'évaluation doit porter sur les conditions de vie stressantes et l'existence de traumatismes actuels ou anciens ainsi que sur le risque de survenue de nouveaux traumatismes. Ceci pourra conduire à une hospitalisation à des fins d'évaluation complémentaire et des mesures de protection. Chez l'enfant et l'adolescent, l'évaluation sociale et familiale déterminera s'il y a lieu de procéder à une information préoccupante ou à un signalement.

Résumé

La prévalence estimée du trouble de l'adaptation (TA) est de 1 %. Il s'agit de l'un des **motifs de consultation les plus fréquents** en médecine générale et en psychiatrie.

Le TA désigne des symptômes qui apparaissent **dans les 3 mois** suivant un **événement de vie vécu comme stressant** ; et qui **disparaissent dans les 6 mois suivants** l'arrêt de celui-ci. Les symptômes du TA peuvent être **anxieux, dépressifs** et/ou **comportementaux** et il existe différentes formes cliniques selon les manifestations cliniques prédominantes. Les symptômes excèdent en intensité et en durée les réactions habituelles au type d'évènement stressant considéré dans le contexte socioculturel du patient.

Les **troubles de la personnalité** et les **troubles addictifs** sont une comorbidité fréquente du TA.

Les TA sont **transitoires** par définition. Ils sont de bon pronostic dans 75 % des cas. Ils peuvent se compliquer de troubles thymiques ou anxieux caractérisés et de troubles addictifs. La principale complication est le **suicide**.

Pour la prise en charge, le traitement **psychothérapeutique** est privilégié. Un traitement **médicamenteux symptomatique** est parfois nécessaire et peut donc être associé.



Références pour approfondir

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Marcelli D., Braconnier A., *Adolescence et psychopathologie*, 6e édition, Elsevier Masson, 2004, 631 p.

64h

Autres troubles

item 64h

Trouble de personnalité

I. Introduction
II. Épidémiologie
III. Les troubles psychiatriques associés
IV. La prise en charge
V. L'évolution
VI. Les aspects spécifiques de chaque trouble de personnalité



* Diagnostiquer un trouble de personnalité.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/64.8





Points clefs

* La personnalité d'un individu est stable.
* La prévalence des troubles de personnalité est de 10 %.
* Les troubles de personnalité sont souvent associés à d'autres troubles psychiatriques dont la prise en charge est primordiale.
* La mortalité par suicide est élevée chez les patients qui souffrent de troubles de personnalité, en particulier dans les troubles du cluster B.

1. Introduction

La **personnalité** désigne ce qu'il y a de stable et unique dans le fonctionnement psychologique d'un individu : c'est la signature psychologique d'un individu. Elle résulte de l'intégration de facteurs **cognitifs** et **émotionnels**.

Les **traits de personnalité** sont relativement **stables** dans le temps, et définissent un fonctionnement psychologique, une perception de l'environnement et une façon de gérer ses relations interpersonnelles.

La personnalité associe le tempérament et le caractère.

Le **tempérament** fait référence aux aspects biologiques, innés et stables de la personnalité.

Le **caractère**, qui désigne les dimensions de la personnalité déterminées par les expériences de la vie et l'apprentissage social, est susceptible de varier au cours du temps.

La personnalité « normale » est souple et **adaptable**, elle utilise des modalités de fonctionnement variées. Elle évolue au gré des expériences de vie.

On parle de **personnalité pathologique ou de trouble de la personnalité** lorsque les traits de personnalité sont particulièrement marqués, rigides, et associés à une **altération du fonctionnement** social et une incapacité à s'adapter aux différentes situations de la vie. Le trouble de personnalité constitue un facteur de vulnérabilité (cf. Item 58) à d'autres troubles psychiatriques : troubles dépressifs, anxieux et addictifs essentiellement.

Contrairement aux autres troubles psychiatriques qui font rupture avec un fonctionnement antérieur, l'expression du trouble de la personnalité est intégrée dans la façon d'être du sujet et donc difficilement identifiable par celui-ci. Il s'exprime à travers des modalités relationnelles à l'autre, des styles cognitifs et/ou une impulsivité.

Les classifications psychiatriques internationales privilégient une approche catégorielle, c'est-à-dire basée sur la description d'entités cliniques pertinentes à partir de l'observation de patients. Dans l'encadré suivant figurent les critères généraux de diagnostic d'un trouble de personnalité dans le *Manuel statistique et diagnostique de l'association américaine de psychiatrie* (DSM). Ces derniers sont similaires à ceux utilisés pour la *Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé* (OMS).

Classifications internationales

Critères diagnostiques d'un trouble de personnalité selon le DSM-5

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
   * La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements),
   * L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle),
   * Le fonctionnement interpersonnel,
   * Le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. : une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une pathologie non-psychiatrique (par ex. : un traumatisme crânien).

Sur la base d'analyses statistiques, les différentes personnalités pathologiques ont été regroupées en 3 familles ou « **clusters** » (cf. **Tableau 1**).

Cluster	Caractéristique principale	Troubles de personnalité
A	Psychotique	Personnalité paranoïaque Personnalité schizoïde Personnalité schizotypique
B	Émotionnelle	Personnalité antisociale Personnalité borderline Personnalité histrionique Personnalité narcissique
C	Anxieuse	Personnalité évitante Personnalité dépendante Personnalité obsessionnelle-compulsive

Tableau 1. Les 3 clusters définis par le DSM et les 10 troubles des personnalités.

2. Épidémiologie des troubles de personnalité

Les troubles de la personnalité concernent environ **10 % de la population générale**. Chacun des troubles de personnalité concerne entre 1 et 3 % de la population générale. Le trouble de personnalité borderline est le plus fréquent (6 %).

Les troubles de personnalité ne sont pas exclusifs les uns des autres : environ 50 % des patients concernés combinent au moins deux troubles de la personnalité.



Âge et diagnostic de trouble de personnalité

Le diagnostic de trouble de personnalité se fait généralement après 18 ans. Toutefois, quand les traits sont présents pendant plus de 1 an, on peut en faire le diagnostic avant 18 ans.

3. Les troubles psychiatriques associés

Chaque trouble de personnalité est associé à un risque plus élevé de troubles psychiatriques, au premier rang desquels **les troubles addictifs, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur**. Les traits de personnalité peuvent alors être soit accentués, soit abrasés par une pathologie psychiatrique associée. De plus, les autres troubles psychiatriques ont un pronostic plus péjoratif lorsqu'ils sont associés à un trouble de la personnalité.

Le **risque suicidaire** est majeur chez les patients présentant des troubles de la personnalité, en particulier lorsqu'il existe d'autres troubles psychiatriques associés.

4. Prise en charge

La prise en charge des troubles de personnalité peut être complexe. Le traitement reposera à la fois sur celui des **pathologies associées** (traitements biologiques et psychothérapiques) et sur celui de la personnalité pathologique. Pour ce dernier, la **psychothérapie** est centrale. Le type de psychothérapie dépendra du trouble de personnalité ainsi que des caractéristiques individuelles du patient. La faisabilité dépendra de l'accessibilité de la psychothérapie et de la motivation du sujet.

5. L'évolution

Les troubles de la personnalité ont un impact marqué sur la **qualité de vie** des patients et leur **insertion socio-professionnelle**. Leur évolution dépend largement des pathologies psychiatriques associées. Elle peut être stable au cours du temps, peut s'aggraver ou au contraire s'améliorer avec l'âge.

6. Les aspects spécifiques de chaque trouble de personnalité

6.1. Le trouble de personnalité paranoïaque

Le trouble de personnalité paranoïaque est caractérisé par une **méfiance** généralisée à l'égard d'autrui, une **hypertrophie du moi**, une altération du jugement et une **rigidité**. Le sujet exprime très **peu d'émotions**.

Le trouble de personnalité paranoïaque ne doit pas être confondu avec le trouble délirant persistant de persécution, la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques, ces derniers étant marqués par des symptômes psychotiques persistants.

Le plus souvent, l'évolution clinique est fluctuante. Avec l'âge, l'accentuation des traits paranoïaques est la règle même si certains évoluent favorablement. L'apparition d'un **trouble délirant persistant** peut classiquement compliquer l'évolution – avec une inflation des interprétations et la construction d'idées délirantes qui s'accentuent au fil du temps.

6.2. Le trouble de personnalité schizoïde

Le trouble de personnalité schizoïde se caractérise par une tendance à l'isolement, une **absence d'intérêt** pour autrui et les relations sociales, ainsi qu'une **réactivité émotionnelle peu marquée donnant un aspect de froideur**. Les individus présentant une personnalité schizoïde tirent **peu de plaisir à la participation aux activités sociales**.

Les formes légères de trouble du spectre autistique (syndrome d'Asperger) peuvent également prêter à confusion, de par les symptômes de retrait social et émotionnel. Cependant, dans ces troubles, les perturbations des interactions sociales sont encore plus sévères, marqués par des déficits spécifiques du décodage émotionnel et s'accompagnent de comportements stéréotypés.

Il doit également être distingué des symptômes qui accompagnent l'usage chronique d'une substance psychoactive (cannabis).

Les autres troubles de personnalité du cluster A présentent des traits en commun avec la personnalité schizoïde. Cette dernière se distingue de la personnalité schizotypique par l'absence de distorsions cognitives, de tendance persécutoire, de bizarrerie et d'excentricité et de la personnalité paranoïaque par l'absence de méfiance ou d'hypertrophie du moi et de troubles du jugement. La personnalité schizoïde peut précéder une schizophrénie. On peut se la représenter comme une forme de schizophrénie à minima où le syndrome négatif prédominerait.

6.3. Le trouble de personnalité schizotypique

Le trouble de personnalité schizotypique est caractérisé par des **compétences sociales altérées, une vie psychique relativement riche**, marquée par des croyances bizarres (on parle de distorsions cognitives), ainsi que des champs d'intérêt particuliers et « originaux » (science-fiction, ésotérisme, superstition, phénomènes paranormaux ou magiques par exemple).

On retrouve souvent dans l'enfance ou l'adolescence une tendance à la solitude, des relations sociales pauvres ou des manifestations anxieuses en situations sociales. Leur discours est parfois flou, digressif ou vague. Ils n'ont pas ou peu d'amis et un faible intérêt pour les relations sentimentales et/ou sexuelles. Leurs **affects sont pauvres** ou inadéquats.

Lors de certains événements de vie, ils peuvent présenter une **symptomatologie psychotique transitoire**, qui est souvent une aggravation des distorsions cognitives préexistantes, de durée trop brève pour évoquer un trouble psychotique.

Le trouble de personnalité schizotypique doit être distingué du trouble psychotique, de la schizophrénie ou du trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Il doit également être distingué des symptômes qui accompagnent l'usage chronique d'une substance psychoactive (cannabis par exemple).

L'évolution du trouble de personnalité schizotypique est le plus souvent stable. Dans certains cas la personnalité schizotypique peut précéder une schizophrénie.

6.4. Le trouble de personnalité antisociale

Le trouble de personnalité antisociale est également parfois nommé **psychopathie**, **sociopathie** ou personnalité **dyssociale**. Ce trouble de personnalité se caractérise par une impulsivité, une tendance au passage à l'acte, une absence de culpabilité, une incapacité à se conformer aux normes sociales, des **transgressions répétées** des droits d'autrui, une tendance à la **manipulation** d'autrui, pour en obtenir des bénéfices souvent immédiats.

La biographie de ces patients est marquée par **l'instabilité** et est souvent émaillée de contacts avec la police et la justice, voire de condamnations. On retrouve dans l'enfance des comportements transgressifs répétés comme des agressions, des destructions ou des vols, le tout faisant porter un diagnostic de **trouble des conduites avant l'âge de 15 ans**. Ces comportements se perpétuent à l'âge adulte.

Les patients souffrant d'un trouble de personnalité antisociale présentent un risque accru de **décès prématuré** par mort violente ou par **suicide**. Les **comorbidités addictives et dépressives**, fréquentes, sont également responsables d'une diminution de leur espérance de vie.

Le trouble de personnalité antisociale présente par définition une évolution chronique, mais on note souvent une **diminution de l'impulsivité avec l'âge**, et la survenue fréquente de **troubles dépressifs** parfois sévères au milieu de la vie.

6.5. Le trouble de personnalité borderline ou état-limite

Le trouble de personnalité borderline est caractérisé par trois grandes dimensions fondamentales d'instabilité :

* une **instabilité affective** avec des oscillations entre euthymie et dépression, angoisse, colère inappropriée souvent associée à un sentiment chronique de **vide** ;
* une **instabilité interpersonnelle** majeure marquée par des relations intenses et chaotiques alternant entre les deux extrêmes de l'idéalisation et du rejet. Ces patients ont aussi une hypersensibilité à ce qu'ils ressentent comme une **peur intense d'être abandonnés**, et font donc des efforts effrénés pour éviter les abandons ;
* une **instabilité de l'identité et l'image de soi** (qui suis-je, quels sont mes repères, mes buts, mes choix).

À ces éléments d'instabilité de fond s'ajoutent deux autres dimensions cliniques bruyantes à expression intermittente :

* des **troubles du comportement liés à l'impulsivité** : auto-mutilations, conduites à risque et tentatives de suicide répétées ;
* la possible survenue en situation de stress de moments transitoires de symptômes dissociatifs sévères (dépersonnalisation et déréalisation) ou de symptômes psychotiques comme des hallucinations.

Un antécédent de violence physique, sexuelle ou psychique, de **négligence dans l'enfance** est un facteur de risque de trouble de personnalité borderline.

Le trouble de personnalité borderline est marqué par de fréquentes comorbidités dont les principales sont les **abus de substance**, les **troubles de l'humeur** bipolaires et unipolaires, les **troubles anxieux** et les **troubles du comportement alimentaire**. **Le risque suicidaire est élevé : 8 à 10 %** des sujets atteints de trouble de personnalité borderline décèdent par **suicide**. Leur biographie est marquée par une instabilité mais leur adaptation sociale peut être néanmoins relativement bonne et progresser avec l'avancée dans l'âge adulte. La relation thérapeutique est souvent compliquée par l'insécurité et l'instabilité interpersonnelle.

6.6. Le trouble de personnalité histrionique

Le trouble de personnalité histrionique anciennement appelée hystérique est une personnalité qui se caractérise par une **labilité émotionnelle**, une **quête affective** excessive, une **hyperexpressivité** des affects, un **théâtralisme** et une **suggestibilité**.

D'une façon inconsciente, leur quête affective les conduit à tenter d'attirer l'attention via leur apparence physique et une attitude parfois provocante et séductrice inappropriées.

Les troubles associés les plus fréquents sont les **troubles de l'humeur**, les **troubles anxieux**, les **troubles addictifs** et les autres **troubles de la personnalité**. Les tentatives de **suicide** sont fréquentes et souvent intégrées dans la dimension de quête affective. Le risque de suicide est également élevé dans ce trouble de la personnalité. Par ailleurs, il faut noter que ces patients suscitent souvent le rejet de la part des médecins et soignants, qui les considèrent souvent, mais à tort, comme des « faux malades ».

6.7. Le trouble de personnalité narcissique

Les patients qui souffrent d'un trouble de personnalité narcissique ont un sens **grandiose de leur propre importance**, surestimant leurs capacités et ayant une volonté de puissance et de succès illimité. Se jugeant **supérieurs, spéciaux ou uniques**, ils s'attendent à être reconnus, admirés et traités avec respect, et tolèrent mal la critique. **L'autre est dévalorisé et sous-estimé**. Ces patients manquent d'empathie, et sont relativement insensibles aux besoins et aux sentiments d'autrui. Ils peuvent ainsi être perçus comme **prétentieux, arrogants et méprisants**. Cependant, leur estime d'eux-mêmes, d'apparence élevée, est en réalité très fragile.

Les troubles associées sont principalement des **troubles de l'humeur et des troubles addictifs**. Le risque **d'isolement social** est important.

6.8. Le trouble de la personnalité évitante

Le trouble de la personnalité évitante se caractérise par une **inhibition relationnelle et sociale**, une **mésestime** de soi et une **sensibilité exacerbée au jugement négatif d'autrui**.

Des conduites d'**évitement** de situations (nécessitant des contacts sociaux importants ou les exposant aux regards d'autrui) sont fréquentes. Dans sa forme sévère, elle est difficile à distinguer d'une phobie sociale généralisée.

La personnalité évitante doit être distinguée de la personnalité schizoïde, où le retrait social est mieux vécu.

Les principaux troubles associés sont les **troubles anxieux** (phobie sociale bien sûr mais aussi agoraphobie)**, addictifs et dépressifs**.

Avec l'âge, ce trouble de personnalité tend à **s'atténuer**.

6.9. Le trouble de la personnalité dépendante

Le trouble de la personnalité dépendante se caractérise par un **besoin excessif d'être pris en charge** par autrui. Les individus présentant une personnalité dépendante ont tendance à se **dévaloriser**, ne se sentent **pas capables** d'assumer leurs propres responsabilités et sollicitent à l'excès un tiers pour qu'il décide à leur place.

Ces patients éprouvent le besoin de s'assurer du soutien de la personne dont ils dépendent ; ainsi ils n'osent pas s'affirmer, ou exprimer un désaccord. Leurs **relations sociales sont souvent déséquilibrées** et limitées à quelques rares personnes.

Les principaux troubles associés sont les **troubles anxieux, addictifs et dépressifs**. La surmortalité par suicide est faible.

6.10. Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive se caractérise par une **méticulosité**, un souci du détail, de l'ordre, une **rigidité**, un **perfectionnisme**, une tendance à la **procrastination** et une **prudence excessive**. Ces patients sont souvent **consciencieux** et **scrupuleux**.

Ils ont des **valeurs morales ou éthiques contraignantes**. Leurs relations sont formelles. Ils expriment leurs **émotions avec contrôle** et peu de spontanéité.

La personnalité obsessionnelle-compulsive ne doit pas être confondue avec un trouble obsessionnel compulsif : elle ne comporte en effet ni obsession et ni compulsion.

Ces patients présentent un risque accru de **troubles anxieux** (trouble anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif, troubles phobiques), de troubles de **l'humeur** et, dans une moindre mesure, de troubles addictifs. Le risque suicidaire est moins élevé que pour les autres troubles de personnalité.

Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive a plutôt tendance à s'aggraver avec le temps.



Résumé

La personnalité désigne ce qu'il y a de stable et unique dans le fonctionnement d'un individu. Elle associe tempérament (aspects biologiques, « innés ») et le caractère (dimensions déterminées par l'apprentissage et l'expérience) et est composée des traits de personnalité. La personnalité dite pathologique est composée de traits rigides qui induisent une altération du fonctionnement. Elle se manifeste dans les cognitions, les affects, le fonctionnement interpersonnel et/ou le contrôle des impulsions d'un individu.

Les troubles de personnalité sont classés en 3 familles ou clusters : A, qui correspond aux personnalités psychotiques ; B, qui correspond aux personnalités émotives et impulsives ; C, qui correspond aux personnalités anxieuses. Les troubles de personnalité ne sont pas exclusifs les uns des autres.

La prévalence des troubles de personnalité est de 10 %. Le trouble de personnalité borderline est le plus fréquent.

Chaque trouble de personnalité prédispose à d'autres troubles psychiatriques associés dont la prise en charge est essentielle.

* Le trouble de personnalité paranoïaque se caractérise par une méfiance généralisée et une hypertrophie du moi.

* Le trouble de personnalité schizoïde se caractérise par un repli des différentes activités sociales et des affects pauvres.
* Le trouble de personnalité schizotypique se caractérise par des compétences sociales altérées et des distorsions cognitives.
* Le trouble de personnalité antisociale se caractérise par une impulsivité, une absence de culpabilité et une incapacité à se conformer aux normes sociales.
* Le trouble de personnalité borderline (ou état-limite) se caractérise par une instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'identité associée à une impulsivité marquée.
* Le trouble de personnalité histrionique se caractérise par une labilité émotionnelle, une quête affective excessive, un théâtralisme, des attitudes de séduction et une suggestibilité.
* Le trouble de personnalité narcissique se caractérise par un sens grandiose de leur propre importance, une surestimation de leurs capacités, une volonté de puissance et de succès illimité et un mépris d'autrui.
* Le trouble de la personnalité évitante se caractérise par une inhibition relationnelle et sociale et une sensibilité exacerbée au jugement d'autrui.
* Le trouble de la personnalité dépendante se caractérise par un besoin excessif d'être pris en charge par autrui et une tendance à la dévalorisation.
* Le trouble de la personnalité obsessionnelle se caractérise par une méticulosité, une rigidité, un perfectionnisme et une prudence excessive.

Le traitement reposera à la fois sur celui des pathologies associées (traitements biologiques et psychothérapiques) et sur celui de la personnalité pathologique.



Références pour approfondir

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Marcelli D., Braconnier A., *Adolescence et psychopathologie*, 6e édition, Elsevier Masson, 2004, 631 p.

70

Autres troubles

item 70

Troubles somatoformes à tous les âges



* Diagnostiquer un trouble somatoforme.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/70





Il existe trois troubles somatoformes principaux :
* le trouble somatisation ;
* le trouble de conversion ;
* le trouble douloureux.

Ces troubles se distinguent en fonction du type de symptômes ou signes cliniques :
* s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels, on évoquera le trouble somatisation ;
* s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique, on évoquera le trouble de conversion ;
* s'il s'agit de symptômes douloureux, on évoquera le trouble douloureux.

La prise en charge consiste :
* à éviter de multiplier au-delà du raisonnable des investigations contribuant à pérenniser le trouble ;
* à savoir orienter le patient sur un suivi psychiatrique ;
* il est important de reconnaître la réalité des symptômes et plaintes du patient et d'informer le patient sur sa maladie afin qu'il trouve un intérêt progressif à une démarche de santé tournée vers la santé mentale.

1. INTRODUCTION

Le qualificatif « somatoforme » a été choisi pour désigner un ensemble de symptômes, de signes, de syndromes ou de plaintes de type physique pour lesquels aucune anomalie identifiable de type lésionnel ne peut être incriminée. Parmi les troubles somatoformes on distingue :

* le trouble somatisation ;
* le trouble de conversion ;
* le trouble douloureux ;
* l'hypocondrie ;
* et les dysmorphophobies (voir l'encadré pour la correspondance avec le DSM-5).

En psychiatrie une telle catégorie diagnostique implique :
* une souffrance psychique avec altération du fonctionnement socio-professionnel ;
* la non imputabilité à un autre trouble psychiatrique ou non-psychiatrique caractérisé ;
* une participation psychologique à l'étiopathogénie du trouble.

La distinction entre trouble somatoforme et trouble psychosomatique n'est pas toujours aisée et les modifications à répétition des classifications nosographiques ont participé à la confusion.

Le trouble psychosomatique est un trouble médical non-psychiatrique objectivable dont la dimension psychologique (notamment par les facteurs de stress, cf. Item 01) est déterminante dans sa survenue et dans son évolution. Les troubles psychosomatiques sont étudiés dans chaque spécialité médicale. Les pathologies les plus fréquemment impliquées sont : la maladie coronarienne, l'asthme, les eczémas, l'ulcère gastroduodénal.

Bien qu'il faille les distinguer, dans la littérature, les deux concepts de troubles psychosomatiques et de troubles somatoformes sont parfois confondus sous le terme de trouble psychosomatique au sens large, c'est-à-dire des manifestations à expression essentiellement physique, mais dont le déterminisme et l'évolution sont fortement marqués par l'intervention de facteurs psychologiques ou psychopathologiques.

2. Contexte épidémiologique

2.1. Chez l'adulte

La prévalence des troubles somatoformes est difficile à cerner et dépend des outils diagnostiques et du contexte : elle est probablement dans une fourchette de 5 à 10 % pour l'ensemble des troubles somatoformes en population générale adulte (et bien plus encore dans une population de consultants en médecine).

Le trouble somatisation commence classiquement à la fin de l'adolescence ou chez le jeune adulte, à tout âge pour le trouble de conversion et pour le trouble douloureux. Le ratio selon le sexe est de 2/1, avec une présence plus fréquente chez les femmes.

La prévalence des tentatives de suicide est fonction de la comorbidité psychiatrique dépressive à rechercher systématiquement.

Les facteurs de risque sont les facteurs de stress (de tous types, notamment traumatiques et conflits relationnels) et des stratégies d'ajustement au stress réduites (notamment dans le cadre d'un trouble de la personnalité), les antécédents familiaux de troubles somatoformes.

2.2. Chez l'enfant

La prévalence des troubles somatoformes chez l'enfant est d'environ 12 %.

Les facteurs de risque décrits comme pouvant favoriser l'apparition ou le maintien des troubles somatoformes chez l'enfant sont les facteurs de stress, les comorbidités psychiatriques (les plus fréquentes chez les enfants d'âge scolaire sont les troubles anxieux et dépressifs), certaines dimensions de personnalité, les antécédents familiaux de troubles somatoformes mais également de problèmes de santé plus généraux et un faible niveau socio-économique (sauf dans le cas de troubles douloureux, davantage liés à un niveau d'études supérieures). Les types de stratégies d'ajustement au stress de la famille peuvent être également impliqués, comme la réponse qu'apporte la famille aux symptômes et les difficultés à communiquer avec la famille efficacement sur des sujets chargés en émotion.

3. Sémiologie

Les troubles somatoformes sont caractérisés par des symptômes et signes cliniques d'allure non-psychiatrique mais dont certaines caractéristiques font supposer l'existence de mécanismes psychologiques : absence de lésions organiques identifiées, focalisation excessive sur les sensations corporelles et attribution d'une signification menaçante aux symptômes, crainte disproportionnée de développer ou d'avoir une maladie physique grave.

Si des anomalies lésionnelles sont objectivées alors elles ne peuvent rendre compte de la symptomatologie ou de son retentissement. On peut parler de symptômes ou signes cliniques « somatoformes » ou « fonctionnels ». Il faut éviter de parler de symptômes ou signes cliniques « médicalement inexpliqués » et surtout bannir le terme de symptômes ou signes cliniques « hystériques ».

Les symptômes et signes cliniques de ces troubles étant d'allure non-psychiatrique, la démarche naturelle des patients est d'aller consulter d'abord un médecin non-psychiatre.

3.1. Symptômes et signes fonctionnels

Il s'agit de plaintes fonctionnelles pouvant concerner tous les appareils et en particulier :

* gastro-intestinal ;
* cardiovasculaire ;
* génito-urinaire et sexuel.

L'association de multiples plaintes fonctionnelles polymorphes et durables a été appelée syndrome de Briquet.

3.2. Symptômes et signes d'allure neurologique

Il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique pouvant :

* toucher la sphère motrice, avec altération de la coordination et de l'équilibre, faiblesse localisée, parésie, contracture, dystonie, tremblement, aphonie, diplopie, difficulté de déglutition, rétention d'urine, etc. ;
* toucher la sphère sensorielle et sensitive, plus souvent le côté gauche, avec diminution de la sensibilité, cécité, surdité, parfois des hallucinations souvent polysensorielles et fantasmatiques ;
* être des mouvements anormaux, des convulsions, ou des crises d'allure épileptique avec perte de connaissance.

Le terme de symptômes ou signes « pseudo-neurologiques » est à éviter. Ces symptômes et signes ne respectent pas l'organisation anatomique du système nerveux central ou périphérique. Ils peuvent être influencés par la suggestion. Il faut noter que ces symptômes et signes peuvent être associés, dans 30 % des cas environ, à une maladie neurologique (par exemple convulsion non épileptique et crise épileptique, faiblesse non systématisée et sclérose en plaque ou myasthénie, contracture et dystonie idiopathique). Dans ce cas, ces symptômes ou signes ne sont pas expliqués entièrement par la maladie neurologique. La fréquence de la comorbidité neurologique impose donc la prudence quant à l'interprétation psychiatrique de symptômes ou signes neurologiques présentant une organisation anatomique peu évidente.

3.3. Symptômes douloureux

Il s'agit de douleurs dont l'intensité doit être évaluée par une échelle visuelle analogique. On parle de symptômes douloureux aigus si la durée est inférieure à 6 mois, et chroniques si la durée est supérieure à 6 mois. Une pathologie médicale non-psychiatrique peut être associée à ces symptômes, mais celle-ci n'explique pas alors la sévérité et/ou le maintien de la douleur.

4. Les troubles psychiatriques

Il existe trois troubles somatoformes principaux : le trouble somatisation, le trouble de conversion et le trouble douloureux. Ces troubles se distinguent en fonction du type de symptômes ou signes cliniques :

* s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels, on évoquera le trouble somatisation ;
* s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique, on évoquera le trouble de conversion ;
* et s'il s'agit de symptômes douloureux, on évoquera le trouble douloureux.

Deux autres troubles somatoformes sont identifiés :

* l'hypocondrie : conviction erronée de présenter une pathologie médicale non-psychiatrique qui persiste plus de 6 mois malgré un bilan médical approprié et rassurant ;
* la peur d'une dysmorphie corporelle ou dysmorphophobie : préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique.

	Trouble somatisation	Trouble de conversion	Trouble douloureux	Hypocondrie	Peur d'une dysmorphie corporelle
Symptômes ou signes cliniques	Symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels	Symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique	Symptômes douloureux	Conviction erronée de présenter une pathologie médicale non psychiatrique, qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant	Préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique
Critère temporel	Début avant l'âge de 30 ans et évolution depuis plusieurs années	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entrete-nant le trouble	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entrete-nant le trouble	Plus de 6 mois	

Tableau 1. Les troubles somatoformes.

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Pour poser le diagnostic d'un trouble somatisation

Il faut :

* des symptômes fonctionnels atteignant dans la forme complète au moins trois des domaines corporels cités plus haut, donc il faut une relative sévérité de symptômes ;
* une évolution ayant débuté avant l'âge de 30 ans et évoluant depuis plusieurs années ;
* des répercussions fonctionnelles ;
* et surtout l'absence de diagnostic différentiel.

Les bilans complémentaires nécessaires des pathologies médicales non-psychiatriques sont donc à réaliser, mais il faut savoir aussi les arrêter une fois le diagnostic psychiatrique posé.

Des tableaux cliniques moins complets que le trouble somatisation sont appelés troubles somatoformes indifférenciés (si la durée est supérieure à 6 mois) et non spécifiés (si la durée est inférieure à 6 mois). Ils n'atteignent généralement qu'un domaine corporel et sont alors fréquemment rattachés à un « syndrome somatique fonctionnel ».

En effet, les médecins non-psychiatres utilisent rarement la catégorie diagnostique des troubles somatoformes et ont plus volontiers recours à cette notion de « syndromes somatiques fonctionnels ». C'est ainsi que chaque spécialité a décrit un ou plusieurs syndromes somatiques

fonctionnels, réputés spécifiques, mais en réalité bien souvent comorbides et sans physiopathologie spécifique (**Tableau 2**). L'ensemble de ces troubles appartient à la catégorie des troubles somatoformes. Cependant, du fait de leur fréquence et de leur sévérité psychiatrique moins grande que le trouble somatisation complet, la prise en charge de ces formes cliniques plus légères et monosymptomatiques reste du domaine des spécialités non-psychiatriques.

Spécialité médicale	Syndrome somatique fonctionnel
Gastroentérologie	Syndrome du côlon irritable ; Dyspepsie non ulcéreuse
Gynécologie	Syndrome prémenstruel ; Algies pelviennes chroniques ; Vulvodynies
Rhumatologie	Fibromyalgie (ou syndrome polyalgique idiopathique diffus SPID)
Cardiologie	Précordialgies à coronaires saines
Pneumologie	Syndrome d'hyperventilation
Immunologie	Syndrome de fatigue chronique
Neurologie	Céphalées de tension
Stomatologie	Syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) ; Glossodynies
ORL	Rhinite chronique non allergique
Allergologie	Intolérance environnementale idiopathique

Tableau 2. Exemples de syndromes somatiques fonctionnels chez l'adulte.

Chez l'enfant, les symptômes d'allure somatiques récurrents sont fréquents (2 à 5 %) : anorexie mentale du nourrisson, douleurs abdominales et vomissements psychogènes, mérycisme, coliques idiopathiques, spasmes du sanglot, manifestations asthmatiques précoces, céphalées, certaines énurésies et encoprésies, nanisme psychogène, syndrome de fatigue chronique… Comme pour l'adulte, ces symptômes sont souvent appelés « fonctionnels » et on parle de troubles somatoformes quand ces manifestations sont sévères et ont un impact important sur le quotidien de l'enfant, quand elles sont liées à des facteurs psychologiques et entrainent de fréquentes demandes auprès du corps médical.

4.1.2. Pour poser le diagnostic d'un trouble de conversion

Il faut :

* des symptômes ou signes d'allure neurologique ;
* un facteur psychologique retrouvé ;
* des répercussions fonctionnelles ;
* et surtout l'absence de diagnostic différentiel.

Les bilans complémentaires nécessaires sont donc à réaliser pour éliminer une maladie neurologique expliquant mieux les symptômes et signes cliniques.

Les psychiatres distinguent les troubles de conversion en fonction de la sphère d'allure neurologique prépondérante des symptômes. Ainsi on parlera de trouble de conversion de type moteur, sensitif/sensoriel, et de type malaise/convulsion.

Les médecins non-psychiatres qui ont affaire fréquemment à des troubles conversion ont proposé leur propre appellation, utilisant le plus souvent le terme de trouble psychogène. Ainsi, on retrouvera donc les paralysies psychogènes, les aphonies psychogènes, les surdités psychogènes, les crises non épileptiques psychogènes, etc.

4.1.3. Pour poser le diagnostic d'un trouble douloureux

Il faut :

* des symptômes douloureux ;
* un facteur psychologique retrouvé ;
* des répercussions fonctionnelles ;
* et surtout l'absence de diagnostic différentiel.

Cependant, une pathologie médicale non-psychiatrique source de douleur est possible. Pour conserver le diagnostic de trouble douloureux, il faut que les symptômes douloureux soient alors insuffisamment expliqués par la pathologie médicale non-psychiatrique associée. Les bilans complémentaires nécessaires sont donc à réaliser pour éliminer une maladie neurologique expliquant mieux les symptômes et signes cliniques.

On peut distinguer :

* une forme aiguë (moins de 6 mois) ;
* une forme chronique (plus de 6 mois) ;
* et une forme associée à une pathologie médicale non-psychiatrique.

4.2. Diagnostiques différentiels

4.2.1. Pathologies médicales psychiatriques

Les troubles somatoformes doivent être nettement différenciés de deux troubles psychiatriques :

* des troubles factices qui correspondent à la production intentionnelle de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, pour jouer le rôle de malade. Le trouble factice est également appelé syndrome de Münchhausen et reste en fait exceptionnel ;
* des troubles psychosomatiques, qui sont des pathologies médicales non-psychiatriques (avec une lésion identifiable) pour lesquels des facteurs psychologiques (en particulier facteurs de stress) jouent un rôle prépondérant comme facteur déclenchant ou entretenant.

Par ailleurs, des plaintes d'allure somatique sont fréquentes dans de nombreux troubles psychiatriques caractérisés : manifestations neurovégétatives de l'anxiété dans les troubles anxieux et notamment le trouble panique ; plaintes douloureuses non systématisées dans le trouble dépressif caractérisé ; sensations corporelles hallucinatoires et idées délirantes hypocondriaques dans les troubles psychotiques, etc. De façon générale, si les symptômes physiques présentés par le patient sont mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique, le diagnostic de trouble somatoforme ne doit pas être porté.

4.2.2. Pathologies médicales non-psychiatriques

Le bilan complémentaire sera guidé par les symptômes et le contexte d'apparition. Il permettra d'éliminer une pathologie médicale non-psychiatrique pouvant mieux expliquer la sémiologie.

4.3. Comorbidités

4.3.1. Pathologies médicales psychiatriques

Un trouble somatoforme peut être associé à d'autres troubles psychiatriques comorbides qu'il s'agit d'évaluer, en particulier :

* le trouble dépressif caractérisé ;
* les troubles anxieux ;
* le trouble de l'adaptation ;
* les troubles de personnalité.

Les frontières diagnostiques peuvent être difficiles à établir entre un épisode dépressif caractérisé associé à un trouble somatoforme de type douloureux et un épisode dépressif caractérisé avec de simples symptômes douloureux (qui sont fréquents chez les déprimés). Cependant, dans le deuxième cas, les symptômes douloureux disparaissent lors de l'amélioration de la symptomatologie dépressive.

Les troubles dissociatifs (amnésie dissociative, trouble dépersonnalisation/déréalisation) peuvent être également associés au trouble de conversion.

4.3.2. Pathologies médicales non-psychiatriques

Les troubles somatoformes peuvent être fréquemment comorbides d'une pathologie médicale non-psychiatrique qu'il s'agit de ne pas sous-évaluer.



Histoire de la psychiatrie

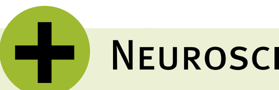
Le concept historique de « conversion hystérique »

Le terme conversion provient du vocabulaire de la thermodynamique et correspond à la transformation d'une énergie en une autre.

Le terme hystérie provient étymologiquement du grec *hystera* qui signifie « utérus ». Le terme « hystérie » était déjà utilisé par les médecins grecs pour évoquer des maladies secondaires à la migration d'un utérus resté trop longtemps stérile après la puberté.

Plus métaphoriquement la psychanalyse attribua les symptômes et signes cliniques de la maladie hystérique, non pas directement à la migration de l'organe utérus, mais à la conversion d'une énergie « psychique » en énergie « somatique ». L'aspect sexuel de l'utérus est retrouvé puisque l'énergie « psychique », qui sera convertie, serait reliée à la représentation d'un traumatisme sexuel. La conversion permettrait le refoulement dans l'inconscient de cette représentation anxiogène que la conscience ne pourrait pas assumer. Ce refoulement se ferait au prix de symptômes ou signes cliniques hystériques qui seraient la mise en scène symbolique par le corps (énergie « somatique ») de la représentation du traumatisme sexuel, que ce traumatisme soit réel ou symbolique.

Cependant, bien que les facteurs de stress soient retrouvés dans les facteurs de risque, déclenchant ou entretenant des troubles somatoformes, leur nature « sexuelle » est loin d'être la règle, et dans certains cas s'acharner à décrypter la symbolique du traumatisme sexuel inconscient sera au mieux inutile.



Le modèle cognitif et comportemental

Schématiquement, les modèles cognitifs et comportementaux des troubles somatoformes sont conceptuellement proches de ceux du trouble panique. Ils font intervenir plusieurs mécanismes, biologiques, émotionnels, cognitifs, comportementaux et sociaux, dans l'amplification des sensations corporelles et de leur retentissement.

Les mécanismes cognitifs font intervenir d'une part une attention excessive portée aux sensations corporelles, souvent renforcée de façon paradoxale par des efforts d'évitement, et d'autre part l'attribution à ces sensations corporelles d'une signification menaçante (catastrophisme) en ce qui concerne leur retentissement futur ou ce qu'ils dévoilent de l'état de santé du patient. Ces interprétations dysfonctionnelles peuvent être favorisées par l'exposition récente ou ancienne à la maladie, une dimension de personnalité anxieuse mais aussi des difficultés à différencier son état émotionnel des sensations corporelles qui l'accompagnent (dimension alexithymique).

Les mécanismes comportementaux sont dominés par l'évitement. L'évitement des symptômes somatiques renforce négativement ceux-ci par conditionnement opérant (skinnerien). Un exemple typique concerne les patients souffrant d'un syndrome de fatigue chronique qui évitent tout effort de peur d'augmenter encore leur fatigue à court terme et de ce fait renforcent leur fatigabilité à long terme. L'évitement des symptômes psychologiques, et notamment de la peur suscitée par le catastrophisme, sous-tend les demandes de réassurance et la multiplication des consultations et examens médicaux. Enfin, les modèles les plus comportementaux attribuent un rôle important au conditionnement répondant (pavlovien). Selon ces modèles, un stimulus conditionnel (p. ex. distension du tube digestif) acquiert une dimension pénible ou menaçante par association avec un stimulus inconditionnel (p. ex. douleurs abdominales lors d'une gastroentérite aiguë infectieuse). Secondairement, ce stimulus conditionnel entraîne des sensations corporelles pénibles, y compris en l'absence du stimulus inconditionnel.

Enfin des mécanismes sociaux peuvent renforcer positivement les symptômes via la notion de « bénéfices secondaires » qui, s'ils ne sont pas spécifiques des troubles somatoformes, sont néanmoins particulièrement importants à identifier dans ce contexte. La notion de bénéfices secondaires ne signifie pas que les patients recherchent intentionnellement ces bénéfices. Ils indiquent simplement que les symptômes, et parfois le statut de malade, peuvent être un mode d'interaction sociale qui assure, d'une certaine façon, aux patients des stratégies adaptatives pour obtenir le soutien des autres face à ce qui leur arrive.

Les modèles psychophysiologiques

Les modèles psychophysiologiques permettent de dépasser le clivage entre la « psyché » et le « soma ». Basé sur un postulat psychophysiologique retrouvant dans toute expérience une dimension subjective (vécue) et objective (mesurable par exemple par les outils de l'imagerie cérébrale fonctionnelle), ces modèles associent les troubles somatoformes à des modifications fonctionnelles des régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle, la représentation de soi (cortex cingulaire et préfrontal médian notamment) et l'attribution d'un caractère aversif à certains symptômes (insula antérieur, cortex cingulaire antérieur dorsal). Les facteurs de stress pourraient entraîner des modifications du fonctionnement de ces régions. Les régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle et la représentation de soi pourraient alors venir moduler les régions plus directement responsables des symptômes et signes cliniques : par exemple, le cortex moteur en cas de trouble de conversion de type moteur, ou le cortex pariétal en cas de trouble de conversion de type sensitif.

5. Le pronostic et l'évolution

5.1. La mortalité

La mortalité est principalement liée au suicide en cas de trouble dépressif comorbide. Elle peut être iatrogène, liée à des investigations ou interventions médicales ou chirurgicales injustifiées (exemple : la prise en charge inutile en réanimation – avec intubation) dans le cas des troubles de conversion avec crise non épileptique).

5.2. La morbidité

La morbidité et le pronostic fonctionnel sont altérés en cas de syndrome clinique sévère, de comorbidité psychiatrique ou non-psychiatrique, de diagnostic tardif (avec répétition des examens paracliniques, d'hospitalisations ou de prises en charge aux urgences), de durée d'évolution longue, de difficulté pour reconnaître les facteurs de stress et émotionnels engagés fréquemment dans ces troubles.

6. La prise en charge psychiatrique

6.1. L'hospitalisation

L'hospitalisation est en général non nécessaire. Une hospitalisation courte en médecine peut être parfois indiquée pour réaliser les examens complémentaires permettant d'éliminer un diagnostic différentiel de pathologie médicale non-psychiatrique. La présence d'une comorbidité psychiatrique avec signes de gravité peut parfois également nécessiter une hospitalisation en psychiatrie.

En pédopsychiatrie, l'hospitalisation peut être nécessaire pour une évaluation pluridisciplinaire avec double prise en charge systématique et coordonnée :

* pédiatrique avec exploration médicale non-psychiatrique pour éliminer les principaux diagnostics différentiels, en ciblant les examens complémentaires utiles et en sachant les limiter, et pour rassurer au mieux l'enfant-l'adolescent et sa famille tout en ouvrant sur la dimension psychologique ;
* pédopsychiatrique avec observation clinique et recherche des comorbidités psychiatriques, mise en place d'une prise en charge adaptée tout en limitant les facteurs de maintenance et les bénéfices secondaires.

6.2. Traitement pharmacologique des comorbidités

La présence d'une comorbidité d'un trouble dépressif caractérisé, d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'adaptation ou d'un trouble de personnalité nécessite chez l'adulte une prise en charge spécifique combinant notamment, pour les deux premiers, pharmacothérapie par antidépresseur et psychothérapie, et privilégiant l'abord psychothérapeutique en première intention chez l'enfant et l'adolescent.

6.3. Traitement non pharmacologique

6.3.1. Éducation thérapeutique

6.3.1.1. Initier la prise en charge psychiatrique

L'objectif est d'éviter de multiplier au-delà du raisonnable des investigations contribuant à pérenniser le trouble, et de savoir orienter le patient sur un suivi psychiatrique. Il faut garder à l'esprit que la démarche de santé normale d'un individu présentant une plainte d'allure non-psychiatrique est de consulter un médecin non-psychiatre en première ligne. L'objectif est donc de reconnaître la légitimité de cette démarche et d'informer le patient afin qu'il trouve un intérêt progressif à une démarche de santé tournée vers la santé mentale.

Pour cela des stratégies de communication du diagnostic de troubles somatoformes peuvent être utilisées. Il faut notamment :

* reconnaître que les symptômes sont « véritables » et peuvent être très effrayants et invalidants, il s'agit de ne pas contester leur légitimité, ne jamais dire « il n'y a rien » ;
* proposer un diagnostic positif : donner le nom du trouble mental, donner des noms alternatifs que le patient puisse comprendre, les termes fonctionnels ou émotionnels sont souvent bien acceptés par les patients, et rassurer sur le fait qu'il s'agit d'une maladie commune et reconnue ;
* évoquer les facteurs déclenchants et de maintenance : il ne s'agit pas d'une pathologie médicale non-psychiatrique avec une lésion, les examens complémentaires ont permis de l'affirmer et des examens complémentaires ne sont pas nécessaires, les facteurs prédisposants et causaux sont difficiles à identifier, mais ils peuvent être liés au stress et aux émotions, les facteurs de maintenance peuvent créer un cercle vicieux impliquant : inquiétude-stress-symptômes-inquiétude. La recherche de ces facteurs fait partie de la démarche diagnostique qui peut gagner à être complétée par un avis psychiatrique spécialisé ;
* discuter du traitement : les médicaments symptomatiques (antalgiques, antispasmodiques, etc.) ne sont pas efficaces. En revanche un traitement par « antidépresseur », même en l'absence de comorbidité psychiatrique dépressive ou anxieuse est parfois utile. En particulier, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline dans la « fibromyalgie » ; inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine dans le syndrome de l'intestin irritable ou la dysmorphophobie. Par ailleurs, le traitement psychologique est efficace. Il est indispensable de discuter avec le patient de l'orientation nécessaire vers une prise en charge psychiatrique, en soulignant que les symptômes et surtout leur retentissement peuvent s'améliorer.

Chez l'enfant, il faudra tenir compte des représentations de l'enfant lui-même mais aussi celle des parents. Il est important d'impliquer la famille à chaque étape de l'évaluation et de la prise en charge.

6.3.1.2. Poursuivre la prise en charge psychiatrique

Maintien d'une prise en charge collaborative

Le maintien d'une prise en charge collaborative avec le médecin orientant le patient sur le psychiatre est nécessaire, au moins au début. Cette double prise en charge médicale et psychiatrique permet de rassurer au début le patient et de limiter les consultations aux urgences.

Maintien d'une relation médecin-patient

Un objectif prioritaire est de maintenir une alliance thérapeutique de qualité, particulièrement délicate chez ces patients volontiers sceptiques voire réticents à l'idée d'une participation psychologique à leurs symptômes. La construction de cette alliance passe par la négociation des objectifs et des moyens de la thérapie. Une perspective de psychologie de la santé (cf. Item 01), permettant au patient de mieux identifier ses stratégies d'ajustement au stress est nécessaire. À partir de cette perspective partagée avec le médecin orientant le patient, une prise en charge psychiatrique plus spécifique doit être réalisée. Les objectifs thérapeutiques doivent être modestes mais

centrés chez l'adulte sur l'atténuation des symptômes et de leur retentissement psychosocial plutôt que la guérison (cf. Item 117).

Chez l'enfant, les familles peuvent avoir tendance à continuer à attribuer les symptômes d'allure somatique de leur enfant à une pathologie médicale non-psychiatrique sous-jacente. Les familles peuvent aussi expliquer parfois les symptômes d'allure somatique de leurs enfants par des représentations religieuses ou culturelles. Les cliniciens devront tenir compte de ces représentations familiales pour maintenir une alliance thérapeutique et des soins de qualité (cf. Item 01). Il faudra qu'ils tiennent compte également des stratégies parentales utilisées pour faire face et diminuer les manifestations symptomatiques chez leur enfant. Le programme d'interventions auprès de l'enfant doit donc inclure la famille.

6.3.2. Psychothérapies

En l'absence de trouble psychiatrique comorbide, des approches thérapeutiques ciblant les mécanismes psychophysiologiques entretenant le trouble somatoforme permettent d'améliorer les symptômes et signes cliniques en particulier dans les troubles somatoformes pauci-symptomatiques ou de types douloureux.

Les thérapies cognitives et comportementales ont montré leur efficacité dans de nombreux troubles somatoformes.

Sur le plan cognitif, elles visent une meilleure prise de conscience de la focalisation de l'attention sur les sensations corporelles et du catastrophisme.

Sur le plan comportemental, elles visent à identifier et à diminuer les conduites d'évitement par l'exposition ainsi qu'à trouver progressivement de nouveaux modes d'interactions sociales qui assurent aux patients de nouvelles stratégies adaptatives pour obtenir face à ce qui leur arrive le soutien des autres sans faire intervenir les symptômes et le statut de malade (il s'agit de la prise en charge des « bénéfices secondaires »).

Elles peuvent être utilement complétées par des exercices de relaxation (exercices respiratoires, baisse de la tension musculaire biofeedback) et d'entraînement attentionnel (thérapies basées sur la pleine conscience).

Si le facteur de stress retrouvé comme facteur déclenchant et entretenant est avant tout lié à la dynamique familiale, une prise en charge en thérapie systémique peut être proposée. C'est notamment le cas chez l'enfant et l'adolescent avec les thérapies familiales.

En dehors des indications mentionnées plus haut, les antidépresseurs sérotoninergiques permettent parfois de réduire les symptômes des troubles somatoformes en l'absence de trouble dépressif caractérisé associé. Leur efficacité reste cependant médiocre.

Les troubles conversion à type de déficit moteur peuvent être améliorés par la rTMS ciblant le cortex moteur.

En pédopsychiatrie, la prise en charge spécifique repose essentiellement sur une approche psychothérapeutique :

- psychothérapie individuelle avec une approche psychopathologique et/ou cognitive et comportementale ;
- thérapie familiale ;
- chez l'enfant et l'adolescent ce sont les interventions basées sur les thérapies cognitivo-comportementales qui ont été le plus évaluées et ont montré un bon niveau d'efficacité. Il est aussi souvent efficace d'aider les familles à communiquer sur les facteurs de stress de leur enfant et à y faire face ;
- les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent n'ont pas d'indication en dehors de la présence d'un trouble comorbide tel qu'un épisode dépressif caractérisé ou un trouble anxieux ne répondant pas à la prise en charge psychothérapeutique.

6.3.3. Réhabilitation psychosociale

En cas de symptômes sévères une prise en charge centrée sur le handicap est nécessaire. L'étiologie psychiatrique des symptômes ou signes cliniques ne doit pas conduire à sous-évaluer les répercussions fonctionnelles du trouble.



Résumé

Les troubles somatoformes désignent un ensemble de symptômes, de signes, de syndromes ou de plaintes de type physique pour lesquels aucune anomalie identifiable de type lésionnel ne peut être incriminée. Leur prise en charge repose sur une collaboration entre médecins psychiatres et non-psychiatres permettant de limiter les explorations, l'instauration d'une alliance thérapeutique de qualité avec le patient, la reconnaissance de son vécu, des mesures psychothérapeutiques ciblant les principaux facteurs de maintien et, dans certains cas seulement, un traitement par antidépresseur.



Références pour approfondir

Guelfi J.-D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie*, 2e édition, Elsevier Masson, 2012, 888 p.

Fiertag O., Taylor S., Tareen A., Garralda E. (2012), « Somatoform disorders », *in* Rey J.-M. (ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Lieb R., Pfister H., Mastaler M. *et al* (2000), « Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:194-208.

56

Autres troubles

item 56

Sexualité normale et ses troubles

Objectifs pédagogiques

* Identifier les principaux troubles de la sexualité.
* Dépister une affection organique en présence d'un trouble sexuel.
* Savoir aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation.

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/56



Points clefs

Les troubles des conduites sexuelles sont classiquement distingués en trois catégories :

* **les dysfonctions sexuelles**, classées en fonction de la phase de la relation sexuelle qui est altérée :
  - troubles du désir sexuel,
  - troubles de l'excitation,
  - troubles de l'orgasme,
  - troubles sexuels avec douleurs.

Elles peuvent être en lien avec des pathologies non-psychiatriques ou des troubles psychiatriques ;

* **les troubles paraphiliques** (anciennement appelées déviances ou perversions sexuelles) font référence à des conduites sexuelles déviantes, inhabituelles ou bizarres et peuvent avoir des conséquences légales ;
* **l'hypersexualité** est une conduite sexuelle conventionnelle mais pour laquelle le sujet a perdu la liberté de s'abstenir. Elle est aussi considérée comme une conduite addictive. Devant ce trouble il faut éliminer un épisode maniaque, un trouble addictif, une cause neurologique ou iatrogène.

1. Le comportement sexuel « normal »

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libre de toute coercition, discrimination ou violence.

OMS, 2002



Les limites d'un comportement sexuel normal sont d'autant plus difficiles à définir que la sexualité de l'adulte reste empreinte, plus directement que n'importe quel autre comportement, de l'évolution de la sexualité infantile, elle-même marquée par des contraintes éducatives, morales et sociales qui subissent des modifications au cours du temps et selon les cultures.

La relation sexuelle est précédée d'une **phase de désir sexuel** constituée de pensées sexuelles et érotiques ou de fantaisies imaginatives.

Elle est ensuite constituée de plusieurs phases successives, que ce soit chez l'homme ou chez la femme :

* **la phase d'excitation**, caractérisée chez l'homme par l'établissement de l'**érection**, et chez la femme par la **lubrification vaginale** et la **tumescence de la muqueuse** du tiers inférieur du vagin ;
* **la phase en plateau**, durant laquelle les phénomènes de la phase d'excitation restent stables. Cette phase nécessite le **maintien d'une stimulation** (coït) ;
* **la phase de l'orgasme**, manifestation complexe et globale de l'organisme, vécu généralement comme un **plaisir intense**. Chez l'homme orgasme et éjaculation **coïncident** généralement ; chez la femme, l'orgasme est plus complexe et peut-être unique ou multiple. La différence vaginale ou clitoridienne correspond à des modalités de stimulation différentes, mais est sous-tendue par une même entité anatomophysiologique (gland ou piliers du clitoris) ;
* enfin **la phase de résolution**, pendant laquelle les phénomènes d'excitation diminuent rapidement ; chez l'homme seulement, l'orgasme est suivi d'une **période réfractaire**, pendant laquelle toute stimulation sexuelle est inefficace.

L'activité sexuelle met en jeu :

* les **effecteurs périphériques** (organes génitaux, zones érogènes), leur vascularisation, leur innervation ;

* le **système nerveux central**, avec la **dopamine** qui serait plus particulièrement impliquée dans les phénomènes de **plaisir** et de **désir**, alors que la **sérotonine** limiterait le désir et l'excitation sexuels et retarderait l'orgasme, les **endorphines** joueraient un rôle dans la phase réfractaire.

La définition d'une « sexualité normale » est difficile à établir, c'est surtout le **vécu individuel**, en relation avec le/la/les partenaire(s), qui compte et la capacité de la personne à trouver un équilibre et une **satisfaction** dans ses pratiques. Les notions de déviance, de normalité de l'accomplissement de l'acte sexuel et d'identité de rôle comportemental peuvent **varier selon les cultures et les époques**.

L'âge, en particulier l'installation de **la ménopause** ou de **l'andropause**, modifie également l'activité sexuelle du fait du déficit en œstrogènes ou en testostérone. Un **traitement substitutif hormonal** pourra alors être proposé (œstroprogestatif chez la femme ou par testostérone chez l'homme sous stricte surveillance médicale et en respectant les contre-indications).

2. Conduite à tenir devant un trouble sexuel

2.1. Entretien

Il s'agit d'un moment fondamental du bilan d'une plainte sexuelle.

Idéalement en deux temps : le patient seul puis avec son partenaire habituel.

L'interrogatoire permettra de nouer une relation médecin malade. Il faut garder toujours une attitude **empathique, bienveillante et sans jugement** sur les représentations des patients (cf. Item 01).

On cherchera à identifier le **motif précis de la consultation (**en considérant tout particulièrement la réponse sexuelle et ses différentes phases : désir, excitation, orgasme, résolution), **l'historique du problème sexuel** (début brutal ou progressif, caractère permanent ou occasionnel) et le **caractère sélectif** situationnel ou généralisé de la plainte (plainte limitée à certains types de situations ou de partenaires ou pas).

On cherchera ensuite à identifier et comprendre **les représentations du patient** :

* Quels sont les éléments les plus importants du développement psychosexuel du patient et l'existence éventuelle d'expériences sexuelles traumatiques ?
* Quelles sont ses relations avec sa famille ? Ses parents ? Son partenaire sexuel (difficultés de couple...) ? Quelles représentations a-t-il du couple et de la sexualité ?
* Quel est sa perception du genre et l'investissement de son rôle masculin ou féminin ?
* Comment s'est construite sa sexualité ? Son couple ? Quelles sont ses habitudes et pratiques ? Quelles sont ses attitudes envers la sexualité ?

On cherchera à comprendre **le contexte du patient** :

* Quel est son environnement, son contexte culturel ?
* Existe-t-il des facteurs de stress, des événements de vie récents négatifs (deuil, chômage, infertilité...) ou positifs (naissance d'un enfant, nouvelle rencontre...) ?
* Chez la femme, on recueillera avec précision toute l'histoire gynéco-obstétricale.

Et enfin **tous antécédents de troubles psychiatriques seront recherchés à l'entretien** :

* troubles de l'humeur : épisode dépressif caractérisé (cf. Item 64a) ou trouble bipolaire (cf. Item 62) ;
* troubles anxieux (cf. Items 64) ;
* troubles psychotiques (cf. Items 61 et 63) ;
* troubles des conduites alimentaires (cf. Item 69) ;
* troubles addictifs notamment alcool, cocaïne, héroïne, cannabis mais aussi les stimulants sexuels (poppers, GHB, testostérone, dérivés de l'amphétamine, dérivés de la méphédrone, propofol, IPDE5…) (cf. Items 73, 74, 75, 76, 77).

2.2. Examen clinique

Tous les éléments pouvant atteindre les effecteurs périphériques ou le système nerveux central impliqués dans la sexualité sont à rechercher.

Cardiovasculaires

* HTA,
* obésité,
* diabète,
* maladies cardio-vasculaires (athérome, etc.),
* syndrome d'apnées obstructives du sommeil…

Neurologiques

* épilepsie,
* atteinte médullaire,
* neuropathie végétative,
* sclérose en plaques,
* maladie de Parkinson…

Endocriniens

* insuffisance surrénalienne,
* dysthyroïdie,
* hyperprolactinémie,
* hypogonadisme,
* hémochromatose…

Iatrogènes

* prises médicamenteuses (antihypertenseurs, anticholinergiques, antihistaminergiques, diurétiques, traitements hormonaux, psychotropes, contraceptifs oraux, chimiothérapie, agonistes dopaminergiques, anticholinergiques, sérotoninergiques, bêta-bloquants, etc.),
* antécédents de radiothérapie ou d'interventions chirurgicales pelvienne ou lombo-aortique (ex. : prostate, testicule, sein, utérus, chirurgie digestive mutilante, etc.).

Urologique

* malformation, coudure (maladie de Lapeyronie),
* hypotrophie testiculaire,
* perte de pilosité,
* phimosis,
* nodules fibreux…

Gynécologique

* malformations, cicatrices d'interventions,
* irritations, rougeurs,
* mycoses,
* douleurs chroniques (vulvodynies, dyspareunies profondes),
* signes d'endométriose,
* sans oublier l'examen sénologique…

2.3. Bilan paraclinique

Il sera réalisé en fonction des résultats de **l'interrogatoire** et de **l'examen clinique** et pourra comporter :

* NFS, ionogramme, glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique, créatininémie, parfois bilan hormonal (TSH, Prolactine, testostérone totale et biodisponible, FSH, LH et œstradiol, PSA, βHCG…) ;
* Doppler des membres inférieurs et des artères génitales, TDM ou IRM pelvienne à discuter EMG pour rechercher une neuropathie périphérique. La pléthysmographie pénienne nocturne et la cavernographie (fuite veineuse, Lapeyronie) ne sont presque plus utilisées en pratique courante.

3. Les troubles des conduites sexuelles

Les troubles des conduites sexuelles sont classiquement distingués en trois catégories :

3.1. Les dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles sont décrites **en référence à la phase de la relation sexuelle** qui est altérée, en particulier :

* **désir,**
* **excitation,**
* **orgasme.**

Les **douleurs sexuelles** font partie des dysfonctions sexuelles.

Une proportion assez élevée d'hommes et de femmes dans la population générale souffre de dysfonctions sexuelles (5 à 35 % selon le type et le sexe).

L'historique de la plainte (caractère **permanent** ou **occasionnel** et **ancienneté**), la **sélectivité** (concerne un seul partenaire) ainsi que le **rôle respectif des facteurs psychiatriques et non-psychiatriques** sont nécessaires à la description des dysfonctions sexuelles. Leur intensité sera également évaluée ainsi que leur **retentissement psychologique** pour le sujet.

Les facteurs de risques sont multiples dans la majorité des cas. Les **facteurs de risque psychologiques individuels** jouent un rôle de déclenchement ou de maintien très important :

* l'éducation sexuelle reçue, l'existence d'expériences sexuelles antérieures traumatisantes comme un viol ou des violences sexuelles, l'attitude du partenaire (rejet, humiliation, absence de désir, difficultés conjugales, etc.) ;
* **un trouble psychiatrique comorbide** (30 % des cas – trouble dépressif ou anxieux, trouble addictif, anorexie mentale, etc.) ;
* un trouble de personnalité cormorbide.

Les diagnostics différentiels non-psychiatriques sont à rechercher systématiquement par un examen clinique systématique.

3.1.1. Troubles du désir sexuel

Il s'agit d'une diminution ou d'une absence du désir et de l'intérêt sexuel.

On peut également, mais plus rarement, observer une aversion pour tout ou partie des activités sexuelles.

Il faut penser à éliminer systématiquement un diagnostic différentiel non-psychiatrique d'hypogonadisme.



Classifications internationales

Critères de la diminution du désir sexuel chez l'homme dans le DSM-5

A. Déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantaisies imaginatives et du désir d'activité sexuelle. L'évaluation de la déficience est faite par le clinicien qui doit prendre en compte les facteurs susceptibles d'affecter le fonctionnement sexuel tels que l'âge et les contextes généraux et socioculturels de la vie du sujet.
B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.
D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

3.1.2. Troubles de l'excitation

3.1.2.1. Chez l'homme

Il s'agit de **troubles de l'érection** qui concerne 30 % des hommes de plus de 50 ans.

Ils peuvent concerner :

* **des difficultés à obtenir l'érection,**
* **des difficultés à maintenir l'érection jusqu'à la fin de l'activité sexuelle,**
* **une diminution de la rigidité de l'érection.**

Le maintien des érections matinales est en faveur de l'étiologie psychiatrique du trouble de même que la sélectivité pour un ou une partenaire ou encore le caractère occasionnel de la dysfonction érectile.

Un diagnostic différentiel non-psychiatrique est fréquent (environ 50 % après 50 ans) et doit être éliminé avant de porter le diagnostic de trouble de l'érection.

3.1.2.2. Chez la femme

Il s'agit de troubles de l'excitation avec bien souvent **absence de lubrification vaginale et d'intumescence**.

Ils peuvent être responsables de dyspareunies.

Ils sont fréquemment associés aux troubles du désir ou de l'intérêt sexuel.

La ménopause, en l'absence de traitement substitutif, est un diagnostic différentiel non-psychiatrique fréquent.



Classifications internationales

Critères du trouble de l'érection dans le DSM-5

A. Au moins un des trois symptômes suivants doit être éprouvé dans presque toutes ou toutes les occasions (approximativement 75-100%) d'activité sexuelle avec un partenaire
   1. Difficultés marquées à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle.
   2. Difficultés marquées à parvenir à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel.
   3. Diminution marquée de la rigidité érectile.

B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.

C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.



Classifications internationales

Critères du trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme dans le DSM-5

A. Déficience ou réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle qui se manifeste par au moins trois des symptômes suivants :
   1. Absence / diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle.
   2. Absence / diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantaisies imaginatives.
   3. Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle.
   4. Absence / diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100 %) les situations de rencontres sexuelles (dans des contextes situationnels identifiés ou, si de type généralisé, dans tous les contextes).
   5. Absence / diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuel / érotiques, internes ou externes.
   6. Absence / diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100 %) les situations de rencontres sexuelles.

B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.

C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

3.1.3. Troubles de l'orgasme

Il s'agit d'une difficulté (diminution de la fréquence ou de l'intensité), d'une absence ou d'un retard à l'orgasme après une phase normale de désir et d'excitation sexuelle.

3.1.3.1. Chez l'homme

Chez l'homme elle est en général **comorbide à un trouble de l'érection**.

On peut plus rarement observer de manière associée :

* **une anéjaculation,**
* **un retard à l'éjaculation,**
* **une éjaculation rétrograde,**

en particulier en post-opératoire d'une chirurgie prostatique ou lorsque le sujet est âgé.

Les troubles de l'orgasme incluent chez l'homme l'**éjaculation précoce**. Celle-ci est **banale lors des premiers rapports** puis peut être **persistante** ou **occasionnelle**. L'éjaculation se produit alors avant, pendant ou juste après la pénétration et surtout avant que le sujet ne le souhaite. Il est plus fréquent chez les patients avec un trouble anxieux.

3.1.3.2. Chez la femme

Ce trouble est également fréquent chez la femme (25 % des femmes).



Classifications internationales

Critères de l'éjaculation retardée dans le DSM-5

A. Un des deux symptômes suivants ou les deux doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100 %) les occasions d'activités sexuelles avec un partenaire (dans des contextes situationnels identifiés ou, si de type généralisé, dans tous les contextes), et sans que le sujet ne souhaite retarder l'éjaculation :
   1. Retard marqué à l'éjaculation,
   2. Absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation.

B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.

C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Critères de l'éjaculation prématurée (précoce) dans le DSM-5

A. Trouble de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec un partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale, et avant que la personne ne souhaite éjaculer.

B. Le symptôme du critère A doit être présent depuis au moins 6 mois et être éprouvé par la personne dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100 %) les occasions d'activités sexuelles (dans un contexte situationnel identifié ou, si de type généralisé, dans tous les contextes).

C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.



Classifications internationales

Critères du trouble de l'orgasme chez la femme dans le DSM-5

A. Présence de l'un ou des deux symptômes suivants qui doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions (approximativement 75-100 %) d'activités sexuelles (dans des contextes situationnels identifiés ou, si de type généralisé, dans tous les contextes) :
   1. Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasmes,
   2. Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques.

B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.

C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

3.1.4. Troubles sexuels avec douleurs

Il s'agit de troubles retrouvées principalement chez les femmes.

Les symptômes douloureux sont :

* **les dyspareunies,**
* **les vulvodynies,**
* **le vaginisme.**

Les dyspareunies sont des rapports sexuels douloureux et difficiles. Celles-ci peuvent :

* empêcher la pénétration : **dyspareunie superficielle ou d'intromission** ;
* rendre la pénétration douloureuse : **dyspareunie profonde**.

Elles peuvent se compliquer de vaginisme.

Les vulvodynies sont définies par une sensation d'inconfort ou de brûlures en l'absence de toute lésion. Elles peuvent entraîner des troubles du désir ou de l'excitation sexuelle.

Le **vaginisme** est une contraction **involontaire**, **réflexe** et **persistante** des muscles du périnée et de ceux qui entourent le tiers externe du vagin, **empêchant toute pénétration**.



Classifications internationales

Critères du trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration dans le DSM-5

A. Difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants :
1. Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle.
2. Douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration.
3. Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale.
4. Tension ou crispation marquées de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale.

B. Les symptômes du critère A persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.

C. Les symptômes du critère A provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.

D. La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

3.2. Les troubles paraphiliques

Anciennement appelés « déviances » ou « perversions sexuelles », ces troubles sont aujourd'hui qualifiés de **troubles paraphiliques** (DSM-5) ou de **troubles de la préférence sexuelle** (CIM-10).

L'activité sexuelle diffère du patient « normophilique » au sens où elle est « déviante », car :

* elle implique des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, ou encore des enfants ou d'autres personnes non consentantes,
* **et** est à l'origine d'une **souffrance de l'individu** ou d'une **altération de son fonctionnement socio-professionnel**.

Les **troubles paraphiliques** selon le DSM 5 incluent :

* **trouble voyeurisme** ;
* **trouble exhibitionnisme,** en spécifiant si le patient est sexuellement excité par l'exhibition des organes génitaux devant des enfants prépubères ou devant des individus sexuellement matures, ou les deux ;

* **trouble frotteurisme** ;
* **trouble masochisme sexuel,** en spécifiant si il est associé à une asphyxiophilie ;
* **trouble sadisme sexuel** ;
* **trouble pédophilie,** en spécifiant le type (exclusif ou non exclusif), si le patient est attiré sexuellement par les garçons, les filles ou les deux et/ou si le trouble est limité à l'inceste ;
* **trouble fétichisme,** en spécifiant alors la ou les partie(s) du corps et/ou les objet(s) ou si autres ;
* **trouble transvestisme,** en spécifiant si il est associé au fétichisme ou à l'auto-gynéphile ;
* **autre trouble paraphilique spécifié** (tous les autres connus).

Elles débutent en général à l'adolescence et concernent majoritairement des **hommes** (90 % des cas). Leur évolution est en règle générale **chronique**. Elles peuvent être **indispensables** pour aboutir à l'acte sexuel ou, seulement **épisodiques** (stress, consommation de toxiques). La comorbidité avec des pathologies psychiatriques sévères est rare (moins de 5 % des cas), les troubles de personnalité sont fréquemment associés. L'association avec une **hypersexualité** est fréquente.

L'étiologie est inconnue, probablement **multifactorielle**, mais on retient la fréquence des **antécédents d'abus sexuels** (un tiers des cas).

La plupart des sujets atteints de paraphilie sévère n'accèdent aux soins qu'au décours d'une condamnation et dans le cadre d'une **injonction de soins**. La loi du 17 juin 1998 (dont le champ d'action a ensuite été élargi par plusieurs lois successives) propose, dans le cadre d'un **suivi socio-judiciaire**, des mesures spécifiques de surveillance et d'assistance pouvant comprendre une injonction de soins, elles sont destinées à **prévenir la récidive** et sont placées sous le contrôle du **juge d'application des peines**.

Un médecin coordonnateur chargé de l'articulation santé-justice est alors désigné par le juge d'application des peines pour évaluer et coordonner le suivi médico-psychologique dans le cas d'une mesure d'injonction de soins. **Aucun traitement ne pourra être instauré sans le consentement du patient** mais, si ce dernier refuse, l'emprisonnement pourra être mis à exécution. Toutes les paraphilies ne se compliquent pas de délit ou de crime sexuel (viol, inceste, exhibitionnisme) et un **certain nombre d'entre elles demeure d'ordre privé** (fétichisme par exemple ou relations sadomasochistes librement consenties au sein d'un couple, etc.). Environ un quart des crimes et délits sexuels sont commis par des sujets atteints de paraphilie (exhibitionnisme, sadisme sexuel, pédophilie). Les victimes mineures sont de loin les plus fréquentes (2/3 des cas). Les paraphilies sont souvent **associées entre elles** et il est important de les rechercher chez tout sujet ayant commis un crime ou un délit sexuel afin de pouvoir mieux évaluer le risque de récidive (les pédophilies homosexuelles étant les plus à risque de récidive) et surtout de proposer un traitement adapté au type de paraphilie.

3.3. L'hypersexualité

Elle est définie par une **fréquence excessive, croissante et non contrôlée du comportement sexuel**, en règle non déviant, dont les **conséquences sont négatives** pour le sujet qui en est atteint. Elle sera abordée dans la question addictions comportementales même si le concept d'addiction sexuelle, souvent utilisé pour qualifier l'hypersexualité, demeure discuté.

L'hypersexualité peut également être le symptôme :

* **d'un trouble psychiatrique** :
  - épisode maniaque ;
* **d'une maladie neurologique** :
  - syndrome frontal ou temporal, épilepsie SEP Wilson retard mental Huntington (2-30 %) ;
  - syndrome de Kleine-Levin ou de Klüver Bucy ;
  - maladie de Parkinson traitée par agonistes dopaminergiques ou parfois stimulation cérébrale profonde, démence ;

* **lié à une intoxication par une substances psychoactives** : cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, alcool, produits dopants à base de testostérone propofol ou agonistes dopaminergiques prescrits en dehors du parkinson (ex. syndrome des jambes sans repos, adénome à prolactine, etc.).



En pratique

Les Dysphories de genre

Dans le DSM-5, les troubles de l'identité sexuelle ont été remplacés par la dysphorie de genre. Le DSM a ainsi privilégié le terme de « genre » au terme de « sexe » afin d'y inclure des sujets qui sont nés avec une ambiguïté sexuelle.

Dans de rares situations (déficit en androgènes ou HCS), le sexe anatomique ou les caractères sexuels secondaires peuvent ne pas être en **adéquation avec le sexe chromosomique** (XX ou XY), mais, dans l'immense majorité des cas, l'inadéquation entre le sexe chromosomique et le genre résultent d'un **transsexualisme**.

Ce terme, qui figure toujours dans la catégorie des troubles de l'identité sexuelle dans la version actuelle de la Classification internationale de psychiatrie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [ICD 10], est défini par le fait d'avoir **une identité de genre, non conforme à son sexe de naissance**, vécue dans un contexte persistant de souffrance. La personne s'identifie de façon importante et persistante au genre opposé (en général depuis l'enfance), éprouve le désir d'avoir les caractères sexuels primaires et secondaires du sexe opposé, de vivre et d'être traité comme quelqu'un du sexe opposé, en l'absence d'anomalie biologique ou génétique.

L'identité sexuelle doit être distinguée de l'orientation sexuelle qui correspond à l'attirance érotique envers les hommes, les femmes ou les deux sexes.

Les personnes transsexuelles peuvent alors bénéficier d'un **traitement hormonal puis chirurgical**, dans un contexte de suivi psychologique, afin de faire correspondre leur anatomie au genre auquel elles ont le sentiment d'appartenir. Selon les pays, la concordance entre le sexe anatomique et le sexe socialement assigné est, ou non, indispensable.

La prévalence du transsexualisme a été évaluée à partir du nombre de sujets qui consultent : 1/30 000 hommes adultes et 1/100 000 femmes adultes demandent une chirurgie pour changer de sexe.

Il convient cependant de demeurer **extrêmement prudent** en ce qui concerne les demandes de transsexualisme dans l'enfance car **il n'y a pas toujours de continuité** entre l'enfance et l'âge adulte dans ce domaine. On utilise le terme « **transgenre** » pour définir une **identification temporaire ou permanente à un autre genre** que celui attribué à la naissance ou pour évoquer des personnes transsexuelles **ne souhaitant pas se faire opérer ou ne désirant pas être aidées**. Certaines personnes souhaitent simplement porter des vêtements du sexe opposé (transvestisme). La prévalence du transvestisme a été évaluée chez 2 450 adultes dans la population générale en Suède à 2,8 % des hommes et 0,4 % des femmes.



Résumé

Aborder les troubles des conduites sexuelles implique de comprendre :

* que les conduites sexuelles sont marquées par des **contraintes éducatives, morales et sociales** qui subissent des **modifications au cours du temps et selon les cultures** ;
* que la relation sexuelle comporte différentes phases :
  - phase de **désir** sexuel,
  - phase d'**excitation**,
  - phase en **plateau**,
  - phase d'**orgasme**,
  - phase de **résolution**.

La définition d'une « sexualité normale » est établie suivant le **vécu individuel**, en relation avec le/la/les partenaire(s), et la capacité de la personne à trouver un **équilibre** et une **satisfaction** dans ses pratiques sexuelles. La part **psychique** que ce soit dans l'étiologie ou dans les conséquences de ces troubles est **fréquente** et **essentielle** à considérer. Les notions de troubles paraphiliques, de normalité de l'accomplissement de l'acte sexuel et d'identité de genre peuvent varier selon les cultures et les époques.

Références pour approfondir

Dysfonctions sexuelles et troubles de l'identité sexuelle :

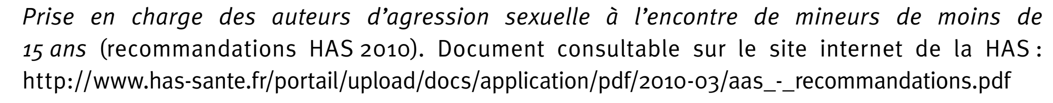
Lopes P., Poudat F.-X., *Manuel de sexologie*, Elsevier-Masson.

Lempérière T., Féline A., Adès J., Hardy P., Rouillon F., *Psychiatrie de l'adulte*, 2e édition, Elsevier Masson, 2006, 556 p., voir particulièrement p. 213-229.

Les troubles paraphiliques :







Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans (recommandations HAS 2010). Document consultable sur le site internet de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf

Recommandations WFSBP pour le traitement pharmacologique des paraphilies (2010). Document consultable sur le site internet de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) dans la rubrique « Treatment guidelines: Guidelines for the biological treatment of paraphilias ». Thibaut *et al.* http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Paraphilias_Guidelines.pdf

Recommandations WFSBP pour la prise en charge des adolescents agresseurs sexuels atteints de paraphilies (2015). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. Thibaut F. *et al.* World J Biol Psychiatry, 2015, 23:1-37 (libre d'accès).

Thibaut F., *Approche psychiatrique des déviances sexuelles*, Springer-Verlag France, 2012, 130 p.

Thibaut F., *Abus sexuels.* Odile Jacob, 2015.



L'hypersexualité :

International handbook on sexual addiction, Ed. T. Birchard, J. Benfield Pub. Taylor and Francis, 2016.

108

Autres troubles

item 108

Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Objectifs pédagogiques

* Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/108





* Il est important de distinguer les insomnies symptomatiques qui requièrent un traitement étiologique individualisé, du trouble insomnie dont le traitement repose sur la TCC de l'insomnie.
* La prescription d'hypnotique n'est pas recommandée en première intention dans le traitement de l'insomnie chronique de l'adulte. Elle ne doit se faire que pour une courte période dans le cadre d'une insomnie aiguë transitoire.
* La présence d'un syndrome des jambes sans repos doit systématiquement être recherchée devant une plainte d'insomnie chronique avec difficultés d'endormissement chez l'adulte.
* Un syndrome d'apnées obstructives du sommeil doit systématiquement être évoqué devant une plainte de somnolence excessive et de ronflement, que ce soit chez l'adulte mais aussi l'enfant.
* Une somnolence sévère chez le sujet jeune doit faire évoquer une hypersomnie centrale (narcolepsie, hypersomnie idiopathique).

1. Introduction : le sommeil normal

Chez l'adulte, le sommeil normal survient la nuit, il dure en moyenne 7 à 8 heures, avec de grandes variations interindividuelles en fonction :

* de l'âge,
* du sexe,
* de l'individu lui-même (court/long dormeur, sujet du matin/du soir).

1.1. Régulation veille-sommeil

De façon générale, l'alternance veille-sommeil est régie par deux processus :

* Le processus homéostasique (processus S) : « Je dors car je suis fatigué » ;
* Le processus circadien (processus C) : « Je dors car c'est (mon) l'heure de dormir ».

Le processus homéostasique, accumulatif, augmente tout au long de la veille et diminue pendant le sommeil.

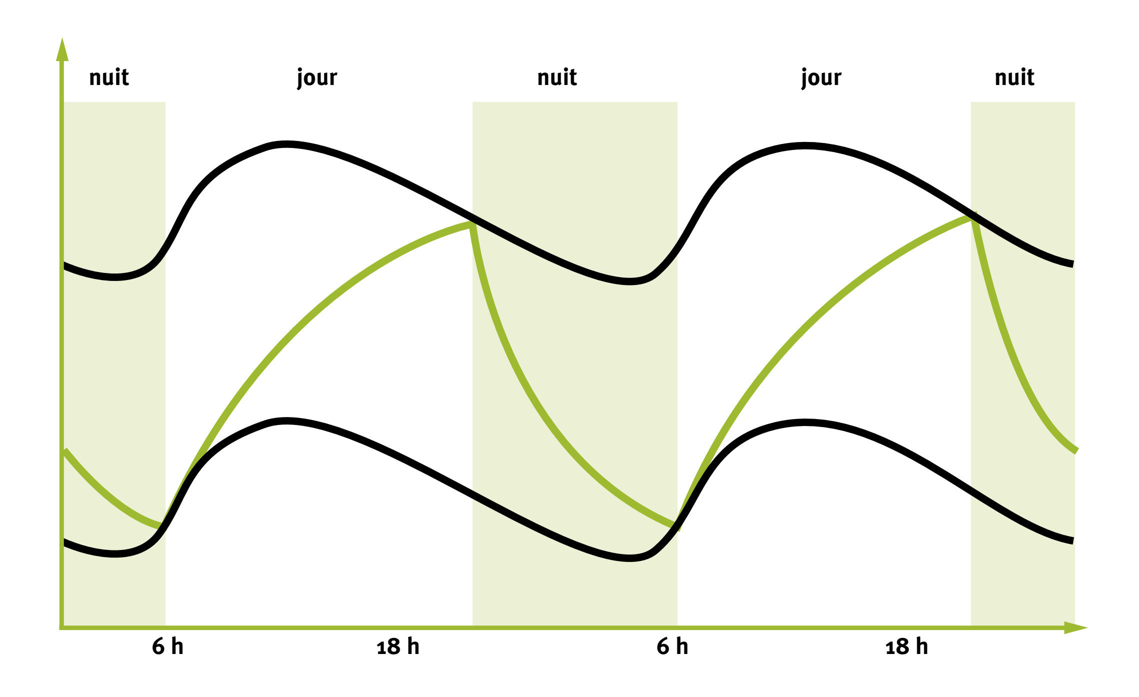
Le processus circadien dépend de l'oscillateur circadien que l'on appelle horloge biologique, située dans les noyaux suprachiasmatiques. L'horloge biologique module les états de vigilance mais aussi d'autres paramètres dont les sécrétions hormonales, la température interne, les cycles de division cellulaire et l'humeur. Le rythme endogène de l'oscillateur circadien est le plus souvent légèrement supérieur à 24 h, il doit donc être régulièrement “remis à l'heure” pour être exactement de 24 h. Pour cela, l'horloge biologique est soumise à l'influence de synchroniseurs externes, dont le principal est l'information photique (alternance lumière-obscurité) mais aussi les rythmes sociaux, l'activité physique et l'alimentation.

Les deux processus interagissent entre eux selon le modèle de la **figure 1**.

Il existe enfin un rythme ultradien de la vigilance, plus rapide que le rythme circadien, d'environ 90 minutes qui règle par ailleurs la périodicité du sommeil paradoxal et des cycles de sommeil.

1.2. Méthodes d'exploration du sommeil

L'examen de référence pour l'étude du sommeil est la polysomnographie. Il est souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic de certains troubles du sommeil (syndrome d'apnées obstructives du sommeil…), mais il n'est pas indiqué à titre systématique dans d'autres troubles du sommeil



Processus circadien (C)

Processus homéostasique (S)

Figure 1. Le processus homéostasique S s'accumule au fur et à mesure de l'éveil, il diminue lors du sommeil. Le processus circadien C définit une propension à l'éveil élevée la journée et faible la nuit avec un nadir vers 4 h du matin. Le déclenchement du sommeil et sa fin sont déterminés par l'interaction des deux processus.

(insomnie, troubles des rythmes circadiens). Il s'agit d'un enregistrement électro-physiologique qui permet de recueillir durant le sommeil du sujet les paramètres suivants :

- électro-encéphalogramme (EEG) : activité électrique du cortex cérébral ;
- électro-oculogramme (EOG) : détection des mouvements oculaires ;
- électro-myogramme (EMG) : mesure du tonus musculaire ;
- paramètres cardio-respiratoires (détection des variations du débit respiratoire, saturation, mouvements respiratoires thoraciques et abdominaux, rythme cardiaque) ;
- paramètres moteurs : détection des mouvements de jambes ;
- enregistrement vidéo concomitant.

L'EEG, EOG et EMG sont nécessaires à l'interprétation du sommeil normal, les autres paramètres permettent le diagnostic de pathologies du sommeil.

D'autres examens (décrits ci-dessous) peuvent par ailleurs être réalisés :

- agenda de sommeil,
- actimétrie,
- polygraphie ventilatoire,
- tests itératifs de latence d'endormissement,
- tests de maintien de l'éveil.

1.3. Caractéristiques du sommeil normal

Deux types de sommeil sont à distinguer, ce sont deux états physiologiques extrêmement différents :

* **Le sommeil lent (de léger à profond)** : caractérisé par une activité EEG qui se ralentit progressivement (50+25 % du sommeil total) ;
* **Le sommeil paradoxal** : caractérisé par une activité EEG rapide, proche de la veille, des mouvements oculaires rapides et une abolition du tonus musculaire (25 % du sommeil total).

Les états de sommeil lent léger, sommeil lent profond et sommeil paradoxal alternent tout au long de la nuit selon une organisation dite en cycle. Un cycle de sommeil normal débute par du sommeil lent, dont la profondeur augmente progressivement, puis se termine par du sommeil paradoxal. Les cycles se répètent et leur architecture évolue au fur et à mesure que le sommeil dure. En début de nuit, le sommeil lent (et notamment profond) occupe la majeure partie du temps de sommeil, puis il se réduit (voire disparaît) alors que le temps de sommeil paradoxal augmente. L'alternance des cycles de sommeil peut être visualisée au moyen de l'hypnogramme.

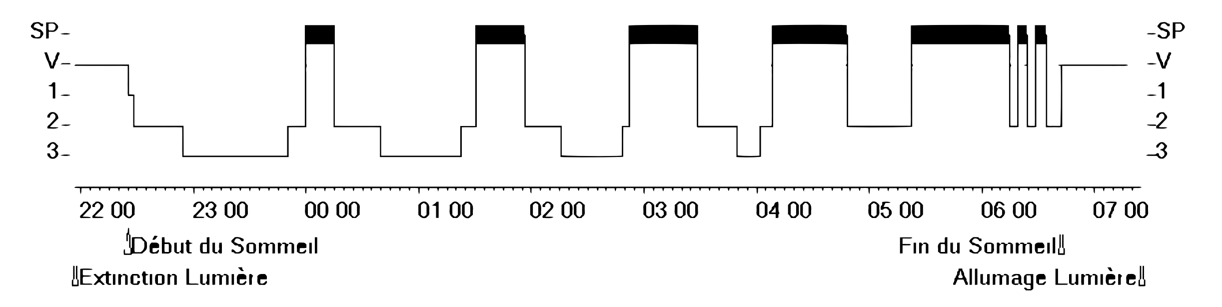


Figure 2. L'hypnogramme est une représentation graphique de la succession des différents stades de vigilance au cours de la nuit qui définit des cycles de sommeil. L'enregistrement débute peu après 22 h et se termine vers 7 h 30. Noter la prédominance du sommeil lent profond en début de nuit et celle du sommeil paradoxal en fin de nuit. V : Veille ; SP : Sommeil paradoxal ; N1 : Stade 1 sommeil lent léger ; N2 : Stade 2 sommeil lent léger ; N3 : Sommeil lent profond.

2. La plainte d'insomnie

2.1. Données épidémiologiques

La plainte d'insomnie est extrêmement fréquente en population générale : 30 % des adultes ont présenté durant leur vie une insomnie transitoire, et 10 % une insomnie chronique.

La prévalence est plus élevée chez les femmes et augmente avec l'âge.

2.2. Diagnostic positif

2.2.1. Définition

Le diagnostic de l'insomnie est clinique. L'insomnie est une plainte subjective qui ne peut être définie par la durée objective du sommeil. Après s'être assuré que le sujet a les opportunités suffisantes pour dormir, il s'agit de :

* **difficultés d'endormissement** ;
* et/ou **plusieurs éveils nocturnes** avec difficultés pour se rendormir ;
* et/ou **réveil matinal précoce** avec incapacité de se rendormir.

L'insomnie doit être responsable d'un **retentissement diurne négatif** sur les activités du sujet et être associée à des symptômes fonctionnels (fatigue, troubles cognitifs, irritabilité, perturbation de l'humeur, mais aussi céphalées, baisse du désir sexuel, troubles gastro-intestinaux).

De ce fait, l'insomnie se manifeste sur la vie de l'individu, et non seulement sur ses nuits.

2.2.2. Évaluation clinique

L'évaluation d'une plainte d'insomnie est en premier lieu clinique. Elle a pour objectifs d'en évaluer la sévérité, le retentissement, et ses caractéristiques peuvent orienter le diagnostic étiologique. Elle ne peut être évaluée sans connaissance du contexte clinique (antécédents non-psychiatriques, psychiatriques, facteurs iatrogènes et toxiques).

L'évaluation spécifique d'une plainte d'insomnie doit :

* rechercher les circonstances initiales et modalités de l'installation de l'insomnie (facteurs déclenchant éventuels) ;
* décrire l'évolution de l'insomnie :
  - évolution naturelle,
  - effets d'éventuels traitements hypnotiques,
  - effets de mesures comportementales prises par le patient ;
* apprécier la typologie de l'insomnie :
  - **difficultés d'endormissement :** durée estimée de l'endormissement, activités précédant le coucher, présence de ruminations anxieuses et de pensées dysfonctionnelles, gêne physique au coucher,
  - **réveils nocturnes multiples :** nombre et durée des éveils nocturnes, cause des éveils nocturnes, durée estimée des réendormissements, activités du sujet lorsqu'il est réveillé la nuit (polyurie, grignotages, tabac…),
  - **réveil trop précoce :** heures habituelles du réveil définitif, cause de l'éveil définitif, activité du sujet avant de se lever ;
* apprécier l'environnement de sommeil du dormeur ;
* décrire les conséquences diurnes de l'insomnie :
  - symptômes fonctionnels,
  - conséquences sur l'emploi, la scolarité,
  - retentissement sur le fonctionnement social et affectif.

2.2.3. Examens complémentaires

Le recueil des informations cliniques peut être complété par un **agenda de sommeil** sur quelques semaines. Le patient indique chaque jour ses heures de lever, coucher, le temps estimé passé à dormir, les horaires de ses réveils nocturnes, la qualité du réveil le matin et de la vigilance la journée.

Une actimétrie peut également être réalisée. L'actimètre est un accéléromètre porté au poignet comme une montre. Il peut enregistrer pendant plusieurs semaines les niveaux d'activité du sujet, reflet de l'alternance veille-sommeil. Cet outil permet d'apprécier les rythmes veille-sommeil en conditions écologiques.

La réalisation d'une polysomnographie n'est pas recommandée dans le cadre de l'exploration d'une insomnie primaire. Elle se justifie dans le cadre du bilan d'un syndrome des jambes sans repos (cf. infra) ou en cas de suspicion de syndrome d'apnées obstructives du sommeil ou parasomnies associées.

2.3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'insomnie ne pose en général pas de difficultés. Cependant, l'insomnie d'endormissement doit être distinguée du **syndrome de retard de phase du sommeil**, au cours duquel la période propice au sommeil est retardée de plusieurs heures, le tableau clinique associe alors un coucher tardif associé à un lever tardif.

2.4. Formes cliniques

On distingue :

* **l'insomnie aiguë transitoire** (également appelée insomnie d'ajustement), le plus souvent en lien avec un facteur de stress déclenchant récent évident ;
* de **l'insomnie chronique** (symptômes présents au moins 3 fois par semaine évoluant depuis plus de 3 mois) où l'on doit distinguer :
    - le trouble insomnie,
    - l'insomnie symptomatique d'un trouble psychiatrique ou d'une pathologie non-psychiatrique.

2.4.1. L'insomnie comme une entité clinique indépendante – Le trouble insomnie

Il s'agit de l'insomnie chronique la plus fréquente. Elle débute souvent par un tableau d'insomnie d'ajustement, en lien avec un facteur initial stressant (psychologique ou physique).

Face à cette insomnie, le sujet va développer malgré lui des comportements dysfonctionnels (se coucher trop tôt, faire des grasses matinées pour « récupérer », faire des siestes) entretenus par des schémas de pensée inadaptés (se forcer à dormir, attribuer à l'insomnie un grand nombre de problèmes diurnes, penser que rester dans le lit permettrait de récupérer...).

L'échec de ces stratégies génère une anxiété, des ruminations excessives conduisant à un « hyperéveil mental » (pensées intrusives, incapacité perçue à arrêter l'activité mentale qui empêche l'endormissement) et une « hyperactivation » physiologique (incapacité à se détendre). Cet état d'hyperéveil conduit à une **pérennisation de l'insomnie**, on parle ainsi du cercle vicieux de l'insomnie.

Une autre composante participe à cette insomnie chronique, il s'agit de la mauvaise perception de sommeil. En effet, Les patients se plaignent d'une réduction importante de la quantité de leur sommeil en dépit de l'absence de perturbations objectives de la quantité de sommeil.

L'approche non médicamenteuse est le traitement de première intention de l'insomnie chronique. Elle repose sur la thérapie cognitive et comportementale (TCC) de l'insomnie (voir infra encadré « En pratique »).

Le trouble insomnie peut être isolé, ou associé à des comorbidités (trouble **dépressif** caractérisé, troubles anxieux, troubles douloureux chroniques, etc.). On parle de comorbidité car la plainte d'insomnie ne peut cependant **être expliquée** entièrement par la pathologie associée ; il s'agit donc d'un trouble insomnie comorbide.

Le trouble insomnie doit être distingué du symptôme insomnie, qui est alors l'une des manifestations cliniques d'une autre étiologie qui l'expliquera entièrement.

2.4.2. L'insomnie symptôme d'une autre cause – l'insomnie symptomatique

2.4.2.1. L'insomnie symptôme des troubles psychiatriques

Les critères diagnostiques de nombreux troubles psychiatriques incluent une plainte d'insomnie. Il s'agit en particulier des :

* troubles de l'humeur :
  - épisode dépressif caractérisé : l'insomnie est souvent un réveil trop précoce,
  - épisode maniaque : l'insomnie est dans ce contexte rarement responsable de fatigue diurne ;
* troubles anxieux : l'insomnie se manifeste souvent par des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes multiples ;
* trouble stress post-traumatique : l'insomnie est souvent un symptôme central du trouble (syndrome d'hypervigilance), associée à des cauchemars (syndrome de reviviscence).

La persistance de l'insomnie dans le contexte d'une pathologie psychiatrique chronique est un facteur clairement identifié de rechute et/ou de récidive de ce dernier.

La prise en charge de l'insomnie symptôme d'un trouble psychiatrique doit être intégrée à celle du ou des trouble(s) psychiatrique(s) associé(s). Dans un premier temps, le traitement du trouble psychiatrique sous-jacent doit être conduit.

La persistance de l'insomnie malgré une prise en charge efficace des autres symptômes psychiatriques conduit au diagnostic de trouble insomnie comorbide et justifie alors un traitement spécifique. Les mesures non médicamenteuses (TCC) doivent alors être privilégiées.

2.4.2.2. L'insomnie symptôme d'origine iatrogène ou liée à une substance

Des facteurs iatrogènes ou toxiques doivent être recherchés :

* prise de médicaments :
  - corticoïdes systémiques,
  - hormones thyroïdiennes,
  - bêta-bloquants (prise vespérale),
  - traitements psychostimulants,
  - certains antidépresseurs stimulants ;
* sevrage de médicaments :
  - psychotropes, en particulier hypnotiques,
  - antalgiques opioïdes ;
* consommation excessive de :
  - caféine,
  - stupéfiants stimulants (cocaïne, amphétamines) ;
* intoxication éthylique et son sevrage.

2.4.2.3. L'insomnie symptôme d'une pathologie médicale non-psychiatrique

Les pathologies affectant le système nerveux central (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, atteinte vasculaire, tumorale, inflammatoire) ou endocriniennes (hyperthyroïdie) sont fréquemment associées à une insomnie. Des symptômes tels que la dyspnée, la pollakiurie, le reflux gastro-œsophagien peuvent être responsables d'éveils intra-sommeil, et la douleur (d'origine rhumatismale, musculaire, digestive…) peut occasionner des troubles du sommeil.

2.4.2.4. Le syndrome des jambes sans repos

Le Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR) est le plus souvent associé à une plainte d'insomnie d'endormissement et de maintien. Il reste cependant largement sous-diagnostiqué. Il touche environ 5 % de la population, est plus fréquent chez la femme et chez les sujets de plus de 65 ans, ou dans certains troubles (pédo)psychiatriques comme le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). La physiopathologie du SJSR repose sur des anomalies du transport du fer au niveau cérébral sous-tendues par une vulnérabilité génétique. Le manque de disponibilité du fer est responsable d'une dysrégulation du système dopaminergique.

Diagnostic positif

Le diagnostic est clinique et défini par la présence de 4 critères :

* **sensations désagréables au niveau des jambes** responsables d'un besoin irrépressible de les mobiliser (**impatiences**) ;
* les symptômes sont **aggravés par l'immobilité et la position allongée** ;
* les symptômes sont **soulagés par le mouvement** ;
* les symptômes sont plus intenses le soir par rapport à la journée (**caractère vespéral**).

Dans 80 % des cas, le SJSR est associé à des mouvements périodiques des membres. Il s'agit de flexions périodiques des orteils, du pied, du genou ou de la hanche, durant quelques secondes. Ces contractions, si elles sont nombreuses, sont souvent responsables d'une importante fragmentation du sommeil. Le diagnostic des mouvements périodiques des membres est polysomnographique, le sujet n'en ayant que rarement conscience.

Un électromyogramme des membres inférieurs n'est pas indiqué pour explorer un SJSR, si il est réalisé il ne révèle aucune anomalie.

Diagnostic différentiel

Le SJSR doit être distingué de :

* **insuffisance veineuse chronique** (sensations de jambes lourdes, survenant lors de la station debout prolongée, soulagée par la position allongée jambes surélevées) ;
* **neuropathies** (sensations désagréables non associées à un besoin de bouger les jambes, absence de caractère vespéral) ;
* **akathisies** (effet secondaire classique des neuroleptiques/antipsychotiques, intensité rythmée par les prises, survenue en position debout et sans aggravation vespérale) ;
* **artériopathie oblitérante des membres inférieurs** (douleurs survenant lors de la marche).

Formes cliniques

On distingue :

* le SJSR idiopathique (à forte composante familiale) ;
* le SJSR secondaire à une :
  - carence martiale,
  - insuffisance rénale sévère,
  - maladie de Parkinson,
  - origine iatrogène (antidépresseurs, neuroleptiques/antipsychotiques).

Traitement

Le traitement étiologique est à privilégier en première intention dans les formes secondaires (correction d'une carence martiale, adaptation de traitements).

Pour les formes sévères et invalidantes, le traitement repose sur les agonistes dopaminergiques (Pramipexole – SIFROL® ; Ropinirole – ADARTREL® ; Rotigotine – NEUPRO®) à faible posologie.

Dans les formes moins sévères, les dérivés opioïdes (codéine et certains antiépileptiques) peuvent être utilisés.

2.5. La prescription d'hypnotiques

Cf. Item 72.

2.6. L'insomnie de l'enfant

L'insomnie du jeune enfant repose sur la plainte des parents d'une insuffisance de sommeil. Elle correspond à un **trouble de l'installation et du maintien** du sommeil nocturne. Elle se traduit par des difficultés d'endormissement avec opposition au coucher ou pleurs, des éveils nocturnes (souvent multiples) ou plus rarement par une nuit écourtée.

Il existe deux formes spécifiques de trouble insomnie chez l'enfant :

* le trouble insomnie avec difficultés d'endormissement et éveils nocturnes ;
* le trouble de l'installation du rythme jour/nuit.

La prise en charge repose essentiellement sur des mesures comportementales, et parfois une prise en charge psychologique de l'enfant et de ses parents.

Une insomnie symptomatique devra cependant être éliminée au préalable.

2.6.1. Difficultés d'endormissement et éveils nocturnes

Chez l'enfant de moins de 3 ans, le trouble le plus fréquent est un conditionnement anormal à l'endormissement : l'enfant ne s'est jamais endormi seul ou ne sait plus s'endormir seul, ou encore il est incapable de s'endormir sans biberon. Une insomnie chez l'enfant peut être favorisée par une absence ou une incohérence des routines de coucher proposées à l'enfant, un manque de fermeté des parents qui se laissent déborder par les multiples demandes de l'enfant pour éviter d'être mis au lit, une anxiété parentale.

2.6.2. Troubles de l'installation du rythme jour/nuit

La peur qu'un enfant n'ait pas assez dormi, les conseils souvent donnés de ne jamais réveiller un enfant qui dort, font que très souvent les difficultés d'endormissements ou les éveils nocturnes se compliquent d'un trouble de l'installation du rythme circadien de 24 heures. Il s'agit le plus souvent d'un retard de phase favorisé par une opposition au coucher avec coucher et lever tardifs. Ces levers tardifs même s'ils ne surviennent que 2 fois par semaine, le week-end, peuvent entraîner tous les jours un décalage des siestes et surtout du sommeil nocturne.

2.6.3. Les insomnies symptomatiques de l'enfant

2.6.3.1. Démarche diagnostique

Une insomnie symptomatique chez l'enfant doit être évoquée devant :

* des éveils nocturnes longs (supérieurs à 15 minutes) ;
* un temps de sommeil sur les 24 heures très diminué (de plus de 2 heures par rapport à la moyenne pour l'âge) ;
* des éveils apparaissant dès la première partie de la nuit ;
* un sommeil agité entre les éveils ;
* un retentissement diurne important ;
* un examen non-psychiatrique anormal :
  - retard staturo-pondéral,
  - surpoids, obésité,
  - anomalies neurologiques,
  - développement psychomoteur anormal.

2.6.3.2. Formes cliniques

Il faudra penser à rechercher et traiter les affections suivantes :

* Une affection neurologique ou psychiatrique avec ou sans déficits sensoriels (cécités en particulier) et/ou épilepsie. Certains de ces déficits, le plus souvent d'origine génétique comme les syndromes de Rett, de Prader-Willi, d'Angelman, de Smith-Magenis ou de Bourneville, seront presque systématiquement associés à des insomnies graves liées à des troubles spécifiques de l'installation du rythme circadien et/ou des anomalies de la structure du sommeil ou à des apnées du sommeil.
* Une affection médicale non-psychiatrique : les diabètes insulino-dépendant et insipide (en raison de la pollakiurie), l'asthme, l'eczéma sont fréquemment associés à une insomnie. Chez les jeunes enfants il faudra systématiquement éliminer : une otite chronique, un reflux gastro-œsophagien, une intolérance aux protéines du lait de vache.
* Une insomnie iatrogène :
  - psychostimulants (en cas de traitement d'un trouble de l'attention/hyperactivité par exemple),
  - corticoïdes.
* Une insomnie associée à un trouble neurodéveloppemental :
  - autisme,
  - trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

Voir encadrés «Consignes d'hygiène et de sommeil » « En pratique », ci-contre.



Consignes d'hygiène de sommeil

Des **conseils d'hygiène de sommeil** sont prodigués pour permettre au patient d'identifier les facteurs liés à son style de vie qui peuvent compromettre la quantité et la qualité du sommeil de nuit :

* chambre à coucher (limiter bruit, lumière et température excessive),
* heure de coucher (régulière, selon les besoins, en évitant les siestes longues ou tardives),
* exposition à la lumière (favoriser le matin, réduire le soir),
* rôle de l'activité physique (dans la journée, mais limiter en fin d'après midi),
* rôle de l'alimentation (éviter repas trop copieux, trop gras le soir), sans oublier le rôle des produits excitants (caféine, nicotine, etc.),
* fonctionnement et risques des hypnotiques (cf. Item 72).



En pratique

La thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie

La TCC de l'insomnie est à ce jour le traitement de référence de l'insomnie chronique. Son efficacité à court terme est comparable aux traitements hypnotiques, avec des bénéfices qui se maintiennent sur le long terme contrairement aux hypnotiques.

La TCC de l'insomnie permet par ailleurs de réduire ou d'interrompre une prescription chronique inappropriée de médicaments hypnotiques.

La TCC de l'insomnie comporte principalement trois volets :

* L'éducation à l'hygiène de sommeil.
* Des mesures comportementales.
* Une restructuration cognitive.

Des informations sont délivrées au fur et à mesure des séances sur la nature du sommeil normal, ses mécanismes.

Des **conseils d'hygiène de sommeil** sont prodigués patient (voir encadré précédent « Consignes d(hygiène de sommeil »).

Les mesures comportementales sont :

* la restriction du temps passé au lit,
* le contrôle du stimulus.

Ces mesures sont suivies au moyen d'un agenda de sommeil que le patient complète le long de sa thérapie.

* La technique de restriction du temps passé au lit vise à augmenter l'efficacité du sommeil : temps estimé de sommeil divisé par le temps passé au lit.
* La technique du contrôle du stimulus vise à gérer l'horaire du coucher en fonction de la propension au sommeil afin de réassocier un signal physiologique clair afin de démarrer le sommeil.
* Des techniques de relaxations sont également dispensées au patient afin de l'aider à lutter contre l'hyperactivation neurovégétative liée à l'insomnie.

La restructuration cognitive a pour but de corriger les pensées dysfonctionnelles qui perpétuent l'insomnie (objectifs irréalistes, anxiété de performance liée au sommeil, tendance à attribuer le mauvais fonctionnement diurne à l'insomnie...).

La TCC de l'insomnie est une thérapie brève, conduite en général en 5 à 8 séances structurées de 45 à 60 minutes.

3. La plainte de somnolence excessive

3.1. Données épidémiologiques

La somnolence excessive se définit par l'association, à des degrés divers :

* d'un allongement excessif du temps de sommeil de nuit ou de jour ;
* d'une mauvaise qualité de l'éveil durant la journée ;
* d'une inertie matinale, correspondant à une difficulté à se réveiller au décours de la nuit.

Il s'agit d'une plainte fréquente, 15 % de la population présentant une somnolence modérée et 4-5 % une somnolence sévère. La somnolence représente un enjeu de santé publique du fait du risque majeur d'accident dont elle peut être responsable. La somnolence revêt de ce fait des implications médico-légales. En effet, la somnolence fait partie de la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire (arrêté du 18 décembre 2015).

3.2. Diagnostic positif

3.2.1. Évaluation clinique

L'évaluation d'une plainte de SDE est en premier lieu clinique. Elle a pour objectifs d'en évaluer la sévérité, le retentissement, et ses caractéristiques peuvent orienter le diagnostic étiologique. Elle ne peut être évaluée sans connaissance de la qualité et la quantité du sommeil de nuit, du contexte clinique (antécédents non-psychiatriques, psychiatriques, facteurs iatrogènes et toxiques). L'évaluation spécifique d'une plainte de somnolence doit comporter :

* les circonstances initiales et modalité de l'installation de la somnolence ;
* le temps cumulé de sommeil de nuit et de jour ;
* **la caractérisation des accès de sommeil diurnes** :
  - nombre d'accès par jour,
  - la durée,
  - le caractère rafraîchissant ou non,
  - les circonstances de survenue (inactivité/activité),
  - le caractère irrépressible,
  - la présence d'une activité onirique associée ;
* **la qualité de l'éveil dans la journée** :
  - bâillements excessifs, picotement des yeux,
  - besoin de lutter pour ne pas s'endormir,
  - temps de réaction excessif,
  - les horaires de survenue des baisses de vigilance (continues ou fluctuantes, ses variations circadiennes) ;
* **la qualité du réveil le matin** :
  - difficulté à se réveiller le matin,
  - la confusion au réveil,
  - temps nécessaire pour se sentir pleinement opérationnel ;
* **le retentissement fonctionnel de la somnolence** :
  - handicap perçu par le patient,
  - risque accidentogène.

L'intensité et le retentissement de la somnolence peuvent être évalués au moyen d'outils cliniques simples comme l'échelle de somnolence d'Epworth qui est auto-questionnaire qui peut être facilement complété à la consultation. Un score supérieur à 10/24 indique une somnolence diurne excessive, celle-ci est sévère au-delà de 15/24.

Voir encadré, « Échelle d'Epworth », ci-dessous.



ÉCHELLE D'EPWORTH

pour évaluer la somnolence diurne

Instructions :
Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir, et non de vous sentir seulement fatigué, dans les situations suivantes ? Cette question concerne votre vie dans les mois derniers. Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une des situations suivantes, essayez de vous représenter comment elles auraient pu vous affecter.

Choisissez dans l'échelle suivante le chiffre le plus approprié à chaque situation. 0 = ne s'assoupirait jamais
1 = faible chance de s'assoupir
2 = chance moyenne de s'assoupir
3 = forte chance de s'assoupir

Situation	Chance de s'assoupir			
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis inactif dans un lieu public (au théâtre, en réunion)	0	1	2	3
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant 1 h	0	1	2	3
Allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent	0	1	2	3
Assis en train de parler à quelqu'un	0	1	2	3
Assis calmement après un repas sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0	1	2	3

3.2.2. Mesures objectives de la somnolence

Deux examens validés permettent d'évaluer de façon objective la plainte de somnolence. Ils doivent être systématiquement précédés d'un enregistrement polysomnographique : Les Tests Itératifs de Latence d'Endormissement (TILE) et Tests de Maintien de l'Éveil (TME).

Voir encadré, « Neurosciences et recherche », ci-dessous.



Neurosciences et recherche

Les Tests Itératifs de Latence d'Endormissement (TILE)

mesurent la propension du sujet à s'endormir la journée. Les TILE sont utilisés pour poser le diagnostic de somnolence.

Le sujet est invité à 5 reprises (9 h, 11 h, 13 h, 15 h et 17 h) à s'allonger dans le lit et ne pas résister au sommeil. La latence d'endormissement est mesurée pour chaque test. Une latence d'endormissement moyenne inférieure à 8 minutes signe une somnolence pathologique.

Les Tests de Maintien de l'Éveil (TME)

mesurent la capacité du sujet à rester éveillé durant la journée. Les TME sont utilisés pour évaluer l'efficacité du traitement de la somnolence. Le TME a de plus une valeur médico-légale (arrêté du 18 décembre 2015).

Le sujet, installé dans un fauteuil en semi-pénombre est invité à résister au sommeil lors de 4 sessions. La latence d'endormissement est mesurée à chaque session. Une latence d'endormissement moyenne inférieure à 19 minutes est pathologique.

3.3. Diagnostic différentiel

Deux symptômes sont à distinguer de la somnolence :

* **la fatigue :**
  - sensation d'affaiblissement physique ou psychique,
  - survenant le plus souvent à la suite d'efforts physique ou psychique qui en imposent l'arrêt,
  - réversible au moins partiellement avec la mise au repos ;
* **la clinophilie** :
  - rester allongé la journée tout en étant éveillé,
  - symptôme fréquemment observé dans les troubles de l'humeur.

3.4. Formes cliniques

La somnolence est multifactorielle, pouvant être la conséquence :

* de perturbations du sommeil de nuit (en particulier le SAOS) ;
* d'insuffisance de sommeil ;
* des pathologies médicales psychiatriques ou non ;
* iatrogène ou de substance psychoactive ;

ou être le symptôme principal des hypersomnies centrales.

3.4.1. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une pathologie fréquente, touchant 5-10 % de la population générale.

3.4.1.1. Aspects cliniques :

Il est plus fréquent chez l'homme, chez les sujets en surpoids et souffrant d'obésité. Chez ces sujets, le diagnostic de SAOS doit être évoqué devant :

* des symptômes diurnes :
  - somnolence excessive,
  - sommeil perçu comme non réparateur,
  - céphalées matinales,
  - altérations cognitives,
  - baisse du désir sexuel et baisse de l'excitation sexuelle,
  - irritabilité ;
* des manifestations nocturnes :
  - ronflement, parfois pauses respiratoires observées par l'entourage,
  - polyurie nocturne (plus de 2 mictions par nuit),
  - hypersalivation,
  - sueurs nocturnes,
  - pauses respiratoires constatées par l'entourage,
  - sensation d'étouffement.

Les complications de ce syndrome sont d'ordre cardio-vasculaires et métaboliques (hypertension artérielle, manifestations ischémiques cardiaques ou cérébrales).

3.4.1.2. Diagnostic

La suspicion diagnostique doit être confirmée par enregistrement nocturne (polygraphie ventilatoire ou polysomnographie). Cet enregistrement met en évidence de nombreux arrêts respiratoires :

* apnées : interruption complète de la respiration de plus de 10 secondes ;
* hypopnées : diminution partielle de la respiration de plus de 10 secondes, associés à une désaturation en oxygène et/ou un micro-éveil.

Un index d'apnée/hypopnées (IAH) supérieur ou égal à 5 par heure de sommeil confirme le diagnostic. L'intensité du SAOS se définit par l'IAH :

* Légère : IAH entre 5 et 15/h.
* Modérée : IAH entre 15 à 30/h.
* Sévère : IAH supérieur à 30/h.

Un SAS central (non obstructif) plus rare, doit faire rechercher en particulier une insuffisance cardiaque sévère (respiration de Cheyne Stokes) ou une consommation excessive d'opioïde.

3.4.1.3. Traitement

Lorsque le SAOS est sévère, le traitement de référence est la ventilation en pression positive continue appliquée au moyen d'un masque.

L'indication d'un traitement pour un SAOS léger à modéré doit être posée en fonction du contexte clinique (retentissement fonctionnel, facteurs de risque cardio-vasculaire), et une alternative à la pression positive continue doit être privilégiée :

* prise en charge d'un éventuel surpoids ou obésité ;
* orthèse d'avancée mandibulaire (Orthèse mandibulaire portée la nuit, induisant une propulsion en avant de la mandibule permettant de libérer les voies aériennes supérieures) ;
* prise en charge chirurgicale ORL (chirurgie du voile du palais, des amygdales, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx), dont la balance bénéfice/risque doit être pesée.

Il faut y associer des mesures hygiéno-diététiques et une éducation thérapeutique du patient pour favoriser l'observance et une prise en charge des comorbidités cardio-vasculaires et métaboliques. Enfin, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil non traité est une contre-indication à la prescription de benzodiazépines.

3.4.2. Le syndrome d'insuffisance de sommeil

On l'appelle également privation chronique de sommeil. Le sujet ne dort pas aussi longtemps qu'il le devrait pour maintenir un niveau d'éveil normal. La somnolence est volontiers plus forte en deuxième partie de journée. Le syndrome d'insuffisance de sommeil s'accompagne par ailleurs de signes fonctionnels divers, notamment cognitifs.

L'interrogatoire est le plus souvent suffisant pour retenir le diagnostic en précisant les horaires habituels de sommeil et la notion d'un allongement du temps de sommeil durant les week-ends ou les vacances.

3.4.3. La somnolence symptôme d'une autre cause – somnolence symptomatique

3.4.3.1. Somnolence physiologique

La somnolence excessive est fréquente au cours de la grossesse, se manifestant principalement lors du premier trimestre.

3.4.3.2. Somnolence d'origine iatrogène ou liée à une substance

De nombreux traitements peuvent être responsables d'une somnolence excessive :

* traitements psychotropes :
  - benzodiazépines et apparentés,
  - antipsychotiques,
  - thymorégulateurs,
  - antidépresseurs,
  - antiépileptiques ;
* antihistaminiques ;
* antalgiques opioïdes.

Certains toxiques peuvent également être responsables de somnolence :

* lors de leur prise :
  - cannabis,
  - alcool,
  - opioïdes ;
* lors de leur sevrage :
  - cocaïne,
  - amphétamines,
  - caféine.

Dans ce cas, l'interrogatoire doit rechercher des éléments chronologiques sur l'instauration des traitements et l'installation de la somnolence, la réversibilité de la somnolence à l'arrêt pour dégager une imputabilité.

3.4.3.3. Somnolence symptôme d'un trouble psychiatrique

Il s'agit essentiellement d'hypersomnie dans un contexte d'épisode dépressif majeur. L'hypersomnie n'est pas rare dans le cadre d'une dépression, et plus particulièrement :

* chez le sujet jeune ;
* chez la femme ;
* dans le cadre d'un trouble bipolaire ;
* dans le cadre d'un trouble affectif saisonnier.

Une entité particulière de dépression est décrite, la dépression avec caractéristiques atypiques, dont les symptômes évocateurs sont :

* hypersomnie ;
* augmentation de l'appétit avec préférence pour le sucré ;
* hypersensibilité au rejet social ;
* sensation de lourdeur dans les membres.

Le traitement est en premier lieu celui du trouble de l'humeur sous-jacent.

3.4.3.4. Somnolence symptôme d'une pathologie médicale non-psychiatrique

Elles sont principalement d'origine neurologique :

* traumatisme crânien ;
* lésions cérébrales (tronc cérébral, hypothalamus) ;
* maladie de Parkinson idiopathique ;
* maladie de Steinert ;
* sclérose en plaque ;
* syndrome post-mononucléose infectieuse.

Le traitement est étiologique lorsqu'il est possible, sinon symptomatique avec un traitement stimulant de l'éveil.

3.4.4. Les hypersomnies centrales

3.4.4.1. Narcolepsie de type 1

La narcolepsie de type 1, anciennement appelée narcolepsie-cataplexie est une maladie rare dont la prévalence est estimée à 0,025 %. L'incidence de la narcolepsie de type 1 suit une courbe bimodale avec un pic à 15 ans et un second à 35 ans. Les formes familiales de narcolepsie sont rares (1-2 %). Elle reste largement sous diagnostiquée, avec un délai au diagnostic de plus de 7 ans en France.

La cause de la narcolepsie de type 1 reste inconnue, d'origine vraisemblablement multifactorielle impliquant des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux. Sur le plan physiopathologique, la narcolepsie de type 1 est liée à la perte de fonction des neurones à orexine/hypocrétine, un neurotransmetteur sécrété par une petite population de neurones de la partie dorso-latérale de l'hypothalamus. Un mécanisme neurodégénératif auto-immun est fortement suspecté.

Le diagnostic de narcolepsie de type 1 doit être évoqué devant :

* la tétrade symptomatique qui associe :

- une somnolence, sévère, caractérisée par des accès de sommeil diurnes multiples et courts, incoercibles, rafraîchissants, souvent accompagnés d'activité onirique,
- des cataplexies, abolitions brève et brutale du tonus musculaire, généralisées ou partielles, sans altération de la conscience, déclenchées par une émotion le plus souvent positive (rire, surprise). La cataplexie est un signe pathognomonique de la narcolepsie-cataplexie,
- des hallucinations nocturnes (hypnagogiques à l'endormissement, hypnopompiques au réveil),
- des paralysies du sommeil (paralysie complète et transitoire, durant quelques secondes à quelques minutes survenant au moment de l'endormissement ou du réveil) ;

* un sommeil de nuit perturbé (insomnie, agitation nocturne) ;
* une prise de poids involontaire au début des symptômes (30 % des sujets narcoleptiques sont en surpoids).

Le diagnostic de narcolepsie de type 1 repose sur l'observation clinique lorsque les symptômes sont typiques. Il est recommandé cependant de pratiquer une polysomnographie suivie de TILE qui objectivent :

* un sommeil de nuit fragmenté ;
* une latence d'apparition du sommeil paradoxal courte ;
* une latence moyenne d'endormissement aux TILE inférieure à 8 minutes ;
* la présence de sommeil paradoxal sur au moins 2 des 5 TILE.

Le typage HLA peut être informatif. La présence de HLA DQB1*0602 est retrouvée dans près de 97 % des sujets souffrant de narcolepsie de type 1 mais se retrouve aussi dans environ 20 % de la population générale. Ainsi, ce test n'a pas de réelle valeur diagnostique. En revanche l'absence de l'association à DQB1*0602 exige la présence de critères cliniques incontestables pour retenir le diagnostic.

Le diagnostic formel est apporté par le dosage de l'orexine/hypocrétine dans le liquide céphalo-rachidien, qui révèle un taux bas voire effondré.

L'évolution de la maladie est chronique, avec une absence d'amélioration spontanée.

Le traitement de la narcolepsie de type 1 est symptomatique. Il cible les deux symptômes les plus invalidants de la maladie :

* traitement de la somnolence :
    - aménagement de siestes,
    - traitement stimulant de l'éveil (Modafinil – MODIODAL® ; Méthylphénidate – RITALINE®) ;
* traitement des cataplexies : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (Venlafaxine – EFFEXOR®) et l'oxybate de sodium (XYREM®).

Par ailleurs, une prise en charge du surpoids est indispensable, tout comme des aménagements sur le plan professionnel ou scolaire.

Il existe une deuxième forme de narcolepsie, appelée de type 2, au cours de laquelle les cataplexies sont absentes et pour lesquelles le taux d'orexine/hypocrétine reste normal.

3.4.4.2. Hypersomnie idiopathique

L'hypersomnie idiopathique est une affection rare, d'identification récente et d'étiopathogénie imprécise. Elle commence souvent chez l'adulte jeune, et les formes familiales sont fréquentes. On retrouve une somnolence souvent sévère, continue et présente dès le réveil. Contrairement à la narcolepsie, les accès de sommeil diurnes sont longs (plusieurs heures) et non restaurateurs de vigilance normale. Le sommeil de nuit est très souvent prolongé (supérieur à 10 heures), et d'excellente qualité. Le réveil reste cependant très difficile, définissant l'inertie du réveil, pouvant aller jusqu'à une ivresse du réveil avec confusion.

Le diagnostic doit être évoqué après élimination des autres causes de somnolence. Une polysomnographie suivie de TILE est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

3.4.4.3. Syndrome de Kleine-Levin

Il s'agit d'un trouble extrêmement rare, survenant chez l'adolescent ou l'adulte jeune, le plus souvent de sexe masculin. Il est caractérisé par la survenue de plusieurs accès durant quelques jours à quelques semaines, de début et fin brutaux caractérisés par :

* une somnolence très sévère avec allongement du temps de sommeil (16 à 18 heures/jour), plus ou moins associée à :
* une hyperphagie ;
* des altérations du comportement avec désinhibition sexuelle ;
* des troubles cognitifs (mnésiques, attentionnels, confusion, irritabilité, apathie).

L'examen est strictement normal entre les accès. Le diagnostic est clinique. L'évolution est le plus souvent favorable avec une disparition du trouble après quelques années. La physiopathologie reste inconnue, une dysfonction récurrente de l'hypothalamus est suspectée.

3.5. Aspects médico-légaux

En cas de somnolence la loi (arrêté du 18 décembre 2015) fait une distinction entre les conducteurs détenteurs de permis de type léger et les conducteurs détenteurs de permis de type lourd.

Les conducteurs dotés de permis de type léger (voiture, moto) relèvent d'un examen clinique et/ou de tests paracliniques laissés à l'appréciation du médecin avec :

* une interruption temporaire de la conduite en attente de traitement ;
* la reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, traitement stimulant de l'éveil) pour une compatibilité temporaire de 3 ans. Cette reprise sera proposée à l'issue du bilan spécialisé. L'incompatibilité à la conduite est maintenue tant que persiste une somnolence malgré le traitement.

Les conducteurs dotés de permis de type lourd (camions, autobus, taxis, ambulances…) nécessitent de passer un Test de Maintien de l'Éveil (TME) pour confirmer l'efficacité thérapeutique et la possible reprise de la conduite, avec :

* une interruption temporaire de la conduite en attente de traitement ;
* la reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, traitement stimulant de l'éveil), pour une compatibilité temporaire d'un an. L'incompatibilité est maintenue tant que persiste une somnolence malgré le traitement.

3.6. La somnolence chez l'enfant

3.6.1. Caractéristiques de la somnolence chez l'enfant

La somnolence chez l'enfant est souvent accompagnée d'autres symptômes, dont certains peuvent être au premier plan :

* irritabilité,
* instabilité motrice,
* baisse de l'attention.

La somnolence chez l'enfant se manifeste volontiers en situation d'inactivité ou de passivité, il est très important de rechercher la notion d'endormissements en classe.

3.6.2. Principales causes de somnolence chez l'enfant

3.6.2.1. Insuffisance de sommeil

Une hygiène de sommeil insuffisante, des troubles comportementaux entraînant retard à l'endormissement et/ou éveils nocturnes prolongés sont la première cause de somnolence chez l'enfant.

3.6.2.2. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant

Le SAOS n'est pas rare chez l'enfant, avec un pic de prévalence à 3-4 ans puis un deuxième à l'adolescence. Il doit systématiquement être évoqué devant les symptômes suivants :

* ronflement,
* endormissements en classe,
* irritabilité,
* troubles des apprentissages,
* difficultés d'attention,
* troubles du comportement.

Le diagnostic est établi au moyen d'une polygraphie ventilatoire ou d'une polysomnographie, les critères objectifs permettant de retenir un SAOS chez l'enfant sont plus stricts que chez l'adulte (> 1/h). La première cause est l'hypertrophie amygdalienne et/ou la présence de végétations adénoïdes chez le jeune enfant, réversible après traitement chirurgical.

Un SAS central (non obstructif) plus rare, doit faire rechercher une anomalie de la charnière occipito-cervicale (malformation d'Arnold Chiari).

3.6.2.3. Narcolepsie de l'enfant

Les formes pédiatriques de narcolepsie sont fréquentes. Les cataplexies revêtent parfois des caractéristiques atypiques pouvant rendre difficile l'évocation du diagnostic. Le diagnostic positif et la prise en charge sont identiques à celle des adultes.

3.6.2.4. Parasomnies

Des parasomnies sévères et invalidantes peuvent être source de somnolence chez l'enfant, en particulier les parasomnies du sommeil lent profond et les rythmies du sommeil.

3.6.2.5. Autres troubles neurologiques

On peut retenir :

* le syndrome de Willi-Prader,
* la maladie de Nieman-Pick type C,
* la maladie de Steinert.

4. Les parasomnies de l'adulte et de l'enfant

Les parasomnies regroupent un ensemble hétérogène de manifestations comportementales ou psychiques survenant au cours du sommeil. Elles sont particulièrement fréquentes chez l'enfant. Certaines parasomnies sont spécifiques d'un stade de sommeil, c'est le cas par exemple des cauchemars, en rapport avec le sommeil paradoxal, d'autres parasomnies ne le sont pas, comme l'énurésie.

4.1. L'agitation nocturne

4.1.1. Les parasomnies du sommeil lent profond

Les parasomnies du sommeil lent profond (SLP) comportent :

* le somnambulisme,
* les terreurs nocturnes,
* les éveils confusionnels.

Ces parasomnies relèvent d'anomalies de la transition entre le sommeil lent profond et la veille. Ces parasomnies surviennent le plus souvent dans le premier tiers de la nuit et sont accompagnées d'une amnésie partielle ou complète des épisodes. Elles concernent volontiers les enfants et disparaissent habituellement au cours de l'adolescence. Le diagnostic est clinique.

Le somnambulisme est caractérisé par des manifestations motrices qui sont au premier plan. L'expression comportementale est en général simple, le sujet s'assoit ou se lève et marche dans sa chambre. Les yeux sont ouverts, le regard est vide, les gestes sont lents, souvent maladroits et relevant d'automatismes.

Les terreurs nocturnes sont généralement initiées par un grand cri. Elles sont caractérisées par l'importance des manifestations comportementales et neurovégétatives de peur (tachycardie, hypersudation, difficultés respiratoires, mydriase, érythrose cutanée). Le sujet est peu accessible à la réassurance. Le contenu mental, lorsqu'il est remémoré est en général peu élaboré, correspondant à une image ou une situation effrayante. Au réveil, et cela contrairement aux cauchemars (cf. infra), l'enfant n'a pas de souvenir de l'épisode et ne présente pas d'anxiété ; le retour au sommeil est alors facile.

Les éveils confusionnels se caractérisent par la faible composante motrice et neurovégétative au cours de l'épisode. Les accès sont volontiers longs, jusqu'à plusieurs dizaines de minutes. Ils sont plus fréquents chez l'enfant et sont caractérisés par une désorientation, un ralentissement psychomoteur avec lenteur idéatoire, difficultés d'élocution et de compréhension. Des comportements instinctuels, sexuels ou alimentaires peuvent survenir.

Les parasomnies du sommeil lent profond peuvent être responsables d'un retentissement diurne, en particulier de la somnolence.

Les parasomnies du sommeil lent profond sont sous-tendues par une forte composante héréditaire. Les crises sont déclenchées ou leur fréquence aggravée par :

* la privation de sommeil,
* le stress, les émotions fortes,
* la fièvre,
* certains médicaments (Zolpidem – STILNOX® ; sels de lithium…).

Le traitement repose sur l'éviction des facteurs précipitants, la sécurisation de la chambre et du domicile. Les formes sévères peuvent justifier d'un traitement pharmacologique (Clonazépam – RIVOTRIL®) à très faible posologie.

4.1.2. Le trouble du comportement en sommeil paradoxal

Il s'agit d'une agitation nocturne liée à la mise en acte des rêves du sujet. Elle survient le plus souvent en deuxième partie de nuit et est liée à la perte de l'atonie musculaire habituelle du sommeil paradoxal. Le sujet présente des comportements moteurs plus ou moins élaborés, avec des mouvements brusques, parfois violents pouvant être responsables de chutes du lit, de blessures pour le patient lui-même ou son partenaire. Le diagnostic est clinique et polysomnographique, l'enregistrement révélant un tonus musculaire anormalement élevé en sommeil paradoxal.

Le trouble du comportement en sommeil paradoxal concerne principalement le sujet âgé de sexe masculin. Très souvent, le trouble accompagne ou précède de plusieurs années des pathologies neurodégénératives, essentiellement les **syndromes parkinsoniens**.

Son traitement est symptomatique et repose sur l'utilisation de Clonazépam-RIVOTRIL® à faible posologie.

4.1.3. Autres causes d'agitation nocturne

L'épilepsie frontale nocturne peut poser un problème diagnostique avec les parasomnies. Cette forme exclusivement nocturne d'épilepsie doit être évoquée devant :

* le caractère stéréotypé des crises,
* de multiples crises par nuit,
* des mouvements dystoniques, dyskinétiques.

Le problème diagnostique réside dans le fait que l'EEG de surface est souvent normal.

Le trouble dissociatif nocturne reste un diagnostic d'élimination, il correspond à des manifestations dissociatives d'expression essentiellement nocturne.

4.2. Autres parasomnies

4.2.1. Cauchemars

Le cauchemar correspond à une activité onirique de contenu désagréable qui réveille le sujet. On distingue, les cauchemars dits idiopathiques de ceux survenant dans le cadre du trouble stress post-traumatique. Dans ce cas ils s'intègrent au syndrome de reviviscence.

Le cauchemar chez l'enfant se distingue de la terreur nocturne principalement par l'absence d'amnésie et de troubles du comportement. Les cauchemars surviennent le plus souvent en sommeil paradoxal, donc majoritairement en fin de nuit. Au réveil, l'enfant garde des souvenirs de son cauchemar – de ce fait, le retour au sommeil est habituellement difficile (contrairement aux terreurs nocturnes, cf. supra).

4.2.2. Rythmies du sommeil

Les rythmies du sommeil sont caractérisées par des mouvements répétitifs, stéréotypés et rythmiques de grands groupes de muscles se produisant au moment de l'endormissement ou lors du sommeil. Les rythmies les plus fréquentes sont le bercement de tout le corps (*body rocking*), le cognement ou le roulement de la tête (*head banging* ou *head rolling*).

Ce trouble est très fréquent chez le nourrisson et voit sa prévalence décroître rapidement avec l'âge pour ne concerner que 3 % des enfants à l'âge de cinq ans. Dans de rares cas, ces troubles peuvent persister à l'âge adulte. Une prise en charge peut s'avérer nécessaire les rythmies sont à l'origine de blessures ou d'altérations du fonctionnement diurne de l'enfant. Elle repose essentiellement sur des mesures comportementales.

4.2.3. Énurésie nocturne

Ce sont des mictions involontaires la nuit.

Pour en savoir plus, voir cours d'urologie et de pédiatrie.



Les plaintes d'un mauvais sommeil chez l'enfant ou l'adulte sont très fréquentes. En revanche, les symptômes qui les caractérisent sont souvent banalisés, alors que de véritables troubles du sommeil existent. Les troubles du sommeil se manifestent essentiellement par :

* une plainte d'insomnie ;
* une plainte de somnolence ;
* une plainte de phénomènes indésirables survenant au cours du sommeil que l'on appelle les parasomnies.

Le praticien doit en connaître les modalités d'exploration cliniques et paracliniques afin d'en définir la sévérité, la chronicité, et leur étiologie en vue d'une prise en charge adaptée.

La plainte d'insomnie est une plainte d'insatisfaction de la quantité ou de la qualité du sommeil. La plainte d'insomnie chronique peut être un symptôme de pathologies médicales dont le syndrome des jambes sans repos ou de troubles psychiatriques. La plainte d'insomnie chronique peut être un trouble à part entière que l'on appelle alors trouble insomnie.

Une insomnie chronique (symptôme ou trouble) ne doit pas faire l'objet d'une prescription d'hypnotiques, le traitement de l'étiologie sous-jacente ou une thérapie cognitive et comportementale sont les traitements de première intention.

La plainte de somnolence excessive est un problème de santé publique responsable d'un handicap important et responsable d'accidents de la circulation. Ce symptôme est défini par un besoin excessif de dormir la journée. Elle peut être un symptôme d'un trouble psychiatrique ou non-psychiatrique. Elle doit faire suspecter un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. La plainte de somnolence peut être un trouble à part entière que l'on appelle alors hypersomnie centrale dont le principal trouble est la narcolepsie-cataplexie.

Depuis l'arrêté du 18 décembre 2015, les sujets atteints d'une pathologie responsable de somnolence doivent être évalués tous les trois ans avec un bilan spécialisé et pour le groupe « lourd » passer des tests de maintien d'éveil tous les ans pour l'obtention ou le maintien du permis de conduire.

Les troubles du sommeil de l'enfant sont fréquents, ils ne doivent pas être négligés car ils peuvent être le point d'appel de pathologies sous-jacentes (génétiques, psychiatriques, neurodéveloppementales).

Les intrications entre plainte du sommeil et trouble psychiatrique sont complexes : les plaintes du sommeil peuvent être une manifestation du trouble psychiatrique, ils peuvent moduler le tableau clinique voire influencer l'histoire naturelle du trouble, mais ils figurent également parmi les facteurs de risque indépendants dans l'émergence de certains troubles psychiatriques. Enfin, leurs répercussions sur le fonctionnement global du patient peuvent être confondues avec la symptomatologie psychiatrique elle-même : troubles de l'attention, hyperactivité motrice, troubles du comportement, troubles de l'humeur.

module cinq

Troubles psychiatriques spécifiques de l'enfant et de l'adolescent

53

item 53

DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT : ASPECTS NORMAUX ET PATHOLOGIQUES

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

* Diagnostiquer une anomalie du développement somatique, psychomoteur, intellectuel et affectif.
* Repérer précocement les dysfonctionnements relationnels et les troubles de l'apprentissage.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi dans les situations courantes.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/53





Points clefs

Les **troubles neurodéveloppementaux** sont :
- le **handicap intellectuel**,
- les troubles des **acquisitions** (langage oral, coordinations motrices),
- les troubles des **apprentissages** (langage écrit, calcul, graphisme),
- le **TDAH**,
- et les **TSA**.

Ces troubles sont fréquents dans la population générale (**~10 %**) et plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

Les troubles neurodéveloppementaux sont définis par les **critères** suivants :
- la présence d'un déficit du développement,
- le retentissement fonctionnel,
- un début pendant l'enfance et le critère de spécificité.

Les troubles neurodéveloppementaux ont une **origine multifactorielle** et sont fréquemment associés entre eux et avec d'autres troubles psychiatriques.

La prise en charge des patients ayant un trouble neurodéveloppemental doit être **multidisciplinaire** et **adaptée au profil clinique de chaque patient**.

1. Introduction

Les notions présentées dans ce chapitre sont essentielles à la **conduite de l'évaluation du développement** d'un enfant ainsi qu'à la conduite de l'**anamnèse de son histoire développementale**.

1.1. Développement de l'enfant

Le **développement de l'enfant** recouvre un ensemble de performances que l'enfant va développer progressivement et qui résultent de son **activité cérébrale** en **interaction avec son environnement**.

Dans l'évaluation du développement, on distingue les **acquisitions** et les **apprentissages** :

- les **acquisitions** correspondent aux performances que l'enfant va progressivement développer dans différents domaines (langage oral, motricité globale, motricité fine, attention, mémoire, raisonnement abstrait, fonctions exécutives, émotion, socialisation, etc.) et qui **ne nécessiteront pas de contexte scolaire ou d'enseignements formalisés** ;
- les **apprentissages** correspondent aux performances que l'enfant va progressivement développer et qui **nécessiteront un contexte scolaire** (langage écrit, graphisme, calcul, etc.).

1.2. Intelligence

L'intelligence est un ensemble de capacités qui permettent à un individu de s'adapter à son environnement.

Le niveau de fonctionnement intellectuel est **homogène** pour la plupart des enfants (*par exemple, la plupart des enfants qui ont des performances en langage oral dans la moyenne des enfants de leur âge ont des performances en motricité fine qui sont dans la moyenne des enfants de leur âge*).

Le niveau d'**intelligence**, mesurée par des **tests standardisés selon l'âge** (qui permettent de calculer des scores concourant au calcul du QIT – Quotient Intellectuel Total) correspond à une estimation des **performances intellectuelles** générales (c'est-à-dire à un « résumé » des différents

domaines du développement). Les scores de QIT sont en moyenne de 100 avec un écart-type de 15 en population générale. On considérera qu'un enfant présente un handicap intellectuel si son QIT est à inférieur à 70 (c'est-à-dire, 2 écarts-types sous la moyenne des enfants de son âge).

1.3. Variabilité interindividuelle du développement

Il existe une **variabilité interindividuelle** importante du développement, en particulier pendant la période préscolaire (c'est-à-dire avant l'entrée en CP). À un **âge chronologique** donné les enfants auront des performances très variables selon les domaines examinés (*par exemple, certains enfants marchent à 9 mois, d'autres à 16 mois, etc.*).

L'âge développemental est la traduction en termes d'années de la maturation de l'enfant dans différents domaines mesurés par des outils standardisés : développement physique, aptitudes cognitives, sociales et motrices.

1.4. Importance des relations parents-enfant dans le développement de l'enfant

Les interactions parents-enfants précoces ont un rôle-clé dans le développement de l'enfant. En effet, la qualité et la fréquence de ces interactions vont lui permettre de développer ses compé tences sur le plan du langage, du raisonnement, de l'attention, de la motricité, des émotions, du comportement et de la socialisation.

Des relations parents-enfants **stables et sécurisantes** permettent à l'enfant de construire une image de soi positive, de développer ses capacités à supporter la séparation, gérer les conflits, aller explorer le monde et s'**adapter** à une grande diversité de situations de vie.

1.4.1. Troubles réactionnels de l'attachement

Dans des cas de séparations précoces avec ses parents (ou autres figures d'attachement principales) ou de carences affectives graves, d'abus ou de maltraitance, des troubles du développement peuvent apparaitre, appelés **troubles réactionnels de l'attachement**. Ces troubles se manifestent par des difficultés émotionnelles, comportementales dans la plupart des milieux de vie de l'enfant.

1.4.2. Anxiété de séparation

Il est normal qu'un enfant âgé de 1 an présente des manifestations anxieuses dans les moments de séparation avec ses parents. Ces réactions ne perdurent habituellement pas, l'enfant comprenant que cette séparation est transitoire et qu'il retrouvera bientôt ses parents.

L'anxiété de séparation est un trouble anxieux où les symptômes suivants apparaissent dans les situations (réelles ou anticipées) de séparation avec les parents (ou autres figures d'attachement principales) :

- des inquiétudes persistantes et excessives concernant la possibilité de perdre ses parents ou qu'il leur arrive quelque chose de mal (maladie, mort, etc.) ;
- des inquiétudes persistantes et excessives concernant la possibilité qu'il lui arrive quelque chose de mal (enlèvement, accident, maladie) ;
- un refus de quitter la maison ou que ses parents quittent la maison ;
- des cauchemars répétés impliquant des thèmes autour de la séparation ;
- des plaintes physiques (céphalées, douleurs abdominales, etc.) dans les situations de séparation.

2. Troubles neurodéveloppementaux

Certains enfants présentent des **troubles du développement** (plus fréquemment **nommés troubles neurodéveloppementaux** dans le DSM-5).

2.1. Description des troubles du développement

2.1.1. Présence d'un déficit du développement

L'évaluation clinique des déficits du développement relève d'une **approche multidisciplinaire** (pédopsychiatre, pédiatre, psychologues, paramédicaux, etc.).

Devant l'hypothèse d'un trouble du développement, il est essentiel de **réaliser une évaluation standardisée des domaines du développement jugés déficitaires à l'examen clinique**. Les **bilans paracliniques** sont réalisés par les **psychologues** (ex. : évaluation du QI, de l'attention, de la mémoire, des interactions sociales, etc.), les **orthophonistes** (ex. : évaluation du langage oral, du langage écrit, du calcul, de la pragmatique du langage, etc.), les **psychomotriciens et ergothérapeutes** (ex. : évaluation de la motricité globale, de la motricité fine, du graphisme, etc.).

2.1.2. Retentissement fonctionnel

Le retentissement fonctionnel correspond au **niveau d'incapacité lié au déficit** dans un ou plusieurs domaines donnés. Il est important d'évaluer le retentissement fonctionnel de ces incapacités dans les **différents milieux de vie** de l'enfant (famille, école, activités extrascolaires, etc.).

2.1.3. Début pendant l'enfance mais caractère durable

Ces troubles débutent habituellement pendant l'enfance mais peuvent être diagnostiqués plus tard dans les formes mineures.

2.1.4. Spécificité

Le **critère de spécificité** tient une place centrale dans l'évaluation clinique des troubles neurodéveloppementaux. On considère qu'un déficit du développement d'un domaine est spécifique **s'il n'est pas mieux expliqué par un autre trouble** (autre trouble neurodéveloppemental, pathologie non-psychiatrique tels que les déficits sensoriels ou encore un environnement peu stimulant, etc.)

Pour exemples :

* *pour un enfant qui présente une déficience intellectuelle d'intensité modérée et des difficultés dans l'apprentissage du langage écrit, on ne parlera pas de dyslexie associée à la déficience intellectuelle car les difficultés dans l'apprentissage du langage écrit seront expliquées par la déficience intellectuelle ;*
* *les enfants qui présentent un déficit auditif ont fréquemment un retard de langage oral qui ne correspond pas à un diagnostic de trouble du langage oral.*

2.2. Types de troubles neurodéveloppementaux

2.2.1. Trouble du développement intellectuel

Autrefois nommé **retard mental**, puis remplacé par celui de **handicap intellectuel** (ou trouble du développement intellectuel), ce trouble est caractérisé par un déficit **global** des capacités mentales comme le raisonnement, la résolution de problème ou encore la pensée abstraite. Ces déficits entrainent une **limitation du comportement adaptatif** dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne comme la communication ou l'autonomie.

On distingue plusieurs **niveaux de sévérité** du handicap intellectuel. L'évaluation du niveau de sévérité repose sur l'analyse des **scores de QI** (évaluation clinique et évaluation standardisée du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif) et du **niveau d'adaptation**.

Évaluation standardisée (test de QI) :

- $50 \leq QI < 70$: handicap intellectuel léger ;
- $35 \leq QI < 50$: handicap intellectuel modéré ;
- $QI < 35$: handicap intellectuel sévère.

2.2.2. Troubles de la communication

Ils incluent les troubles de la phonation, les troubles du langage (ces derniers sont également nommés **dysphasie**) affectant généralement les versants de l'**expression** et de la **compréhension** (affectant la phonologie, le lexique ou encore la syntaxe) et les troubles de la communication sociale. Il est important d'éliminer un déficit sensoriel (déficit auditif notamment). Un bilan **orthophonique**, réalisé avec des tests standardisés est indispensable pour l'identification du trouble.

2.2.3. Troubles de l'acquisition des coordinations motrices

Les troubles de l'acquisition des coordinations motrices sont également nommés **dyspraxie**. Ils se caractérisent par des difficultés d'automatisation des gestes moteurs malgré un entrainement régulier. Ils se manifestent de la lenteur et de la maladresse dans les tâches motrices interférant avec la vie quotidienne. Un bilan **psychomoteur** (ou d'**ergothérapie**), réalisé avec des tests standardisés, est indispensable pour l'identification du trouble.

2.2.4. Troubles spécifiques des apprentissages

2.2.4.1. Trouble de l'apprentissage du langage écrit

Les troubles de l'apprentissage du langage écrit sont également nommés **dyslexie**. Un **bilan orthophonique**, réalisé avec des tests standardisés évaluant les performances en lecture et en écriture, est indispensable pour l'identification du trouble.

2.2.4.2. Trouble de l'apprentissage du calcul

Les troubles de l'apprentissage du calcul sont également nommés **dyscalculie**. Un **bilan orthophonique**, réalisé avec des tests standardisés évaluant les performances en calcul, est indispensable pour l'identification du trouble.

2.2.4.3. Trouble de l'apprentissage du graphisme

Les troubles de l'apprentissage du graphisme sont également nommés **dysgraphie**. Un bilan **psychomoteur** (ou d'**ergothérapie**), réalisé avec des tests standardisés évaluant les performances en graphisme, est indispensable pour l'identification du trouble.

2.2.5. Autres troubles neurodéveloppementaux

Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), cf. Item 66.

Troubles du spectre autistique (TSA), cf. Item 88.

2.3. Épidémiologie et étiologie

2.3.1. Prévalence

Les troubles neurodéveloppementaux ont une **prévalence élevée (~10 %)** :

* handicap intellectuel : 1 % ;
* troubles des acquisitions et des apprentissages : 8 % ;
* TDAH : 5 % ;
* TSA : 1 %.

Les troubles neurodéveloppementaux ont une **prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles**. *Pour exemples, le* **sex-ratio** *du handicap intellectuel ainsi que des troubles des acquisitions et des apprentissages est estimé à 2:1, 3:1 pour le TDAH et 4:1 pour les TSA.*

2.3.2. Comorbidité

Les troubles neurodéveloppementaux sont **très fréquemment associés entre eux** (*par exemple, de nombreux patients qui présentent un trouble du langage oral auront un TDAH associé*). Chez un patient ayant un trouble neurodéveloppemental, les autres troubles neurodéveloppementaux devront être activement recherchés. De plus, chez les patients qui ont des troubles neurodéveloppementaux, les **autres troubles psychiatriques**, notamment les **troubles anxieux**, des **troubles de l'humeur** et des **troubles du comportement** sont plus fréquents que ne le voudrait le hasard.

2.3.3. Étiologie

Les troubles neurodéveloppementaux sont des pathologies **multifactorielles**.

Les **facteurs génétiques et environnementaux sont en interaction complexe**.

Certains patients présentent un trouble neurodéveloppemental associé à des anomalies chromosomiques ou génétiques pouvent être identifiées (on parle alors de **forme syndromique**).

Une évaluation clinique rigoureuse et des examens complémentaires ciblés permettront d'orienter le diagnostic syndromique (*par exemple, syndrome de l'X fragile, syndrome de délétion 22q11, etc.*).

Pour la majorité des patients, aucune anomalie génétique ne peut être identifiée. Cependant, les données scientifiques indiquent que **l'héritabilité des troubles neurodéveloppementaux est importante**.

Les facteurs génétiques contribuent significativement à l'étiologie du trouble mais il s'agit d'une transmission polygénique complexe.

L'anamnèse recherchera **les facteurs environnementaux** qui sont associés à un risque de troubles du développement tels que :

* des complications de la grossesse et de l'accouchement,
* la prématurité,
* le faible poids de naissance,
* l'exposition à l'alcool ou à d'autres toxiques pendant la grossesse,
* l'exposition à certains médicaments pendant la grossesse,
* le faible niveau socio-économique des parents,
* des situations de carences affectives précoces,
* un âge parental élevé.

2.3.4. Évaluation clinique du développement

Plusieurs points importants de l'examen clinique doivent être soulignés :

* recueillir les **antécédents médicaux familiaux** (et les représenter sous la forme d'un arbre généalogique) ;
* **antécédents médicaux personnels** et **exposition aux facteurs environnementaux** influençant le développement ;
* **anamnèse de l'histoire du développement** de l'enfant et recherche de **signes d'alerte (tableau 1) ;**
* **examen clinique complet**. Les courbes de poids, taille et périmètre crânien (à rapporter dans le carnet de santé). Identification du stade pubertaire ;
* des **questionnaires cliniques** peuvent être utilisés pour évaluer certains symptômes (tels que les symptômes TDAH ou de TSA).

Langage oral	Âge des premiers mots › 18 mois Âge des premières phrases › 24 mois Inintelligible à 3 ans
Motricité globale	Âge de la marche › 18 mois
Motricité fine	Difficulté à s'habiller et manger seul à 4 ans Difficultés à boutonner, lacer et zipper à 6 ans
Propreté diurne et nocturne	Propreté diurne non acquise à 30 mois
Performances scolaires	Aménagements scolaires individuels et redoublement
Socialisation (cf. Item 65)	Absence de sourire réponse ou d'attention conjointe à 6 mois
Sommeil (cf. Item 108)	Absence de périodicité jour/nuit à 6 mois
	Des régressions du développement doivent être recherchées

Tableau 1. Signes d'alerte du développement psychomoteur.

3. Axes thérapeutiques et rééducatifs des troubles du neurodéveloppement

Les différentes prises en charges des troubles neurodéveloppementaux (interventions spécifiques et communes) visent à **améliorer les performances déficitaires** mais doivent toujours prendre en compte le **retentissement fonctionnel** de ces déficits et **l'expérience subjective de l'enfant** (estime de soi).

3.1. Interventions spécifiques à chaque trouble neurodéveloppemental

Chacun des troubles neurodéveloppementaux nécessite des interventions spécifiques **ciblées sur les déficits et leur retentissement fonctionnel**.

Par exemple, la rééducation orthophonique intensive chez les enfants présentant une dysphasie, une rééducation psychomotrice intensive chez les enfants présentant une dyspraxie, les interventions spécifiques pour les TSA (cf. Item 65), etc.

3.2. Interventions communes aux troubles neurodéveloppementaux

La prise en charge **précoce** (et donc le diagnostic précoce) et **intensive** est associée à une meilleure évolution clinique.

Les prises en charges sont **multidisciplinaires** et **coordonnées** par un **médecin référent**.

Les **interventions de guidance parentale**. Ces interventions auprès des parents sont axées sur la compréhension des symptômes et la mise en place de stratégies éducatives visant à limiter la fréquence ou le retentissement des symptômes et à éviter les facteurs d'aggravation.

3.3. Structures dédiées à la prise en charge de ces troubles

Les Centres médico psychologiques (**CMP**), les Centres médico psycho-pédagogiques (**CMPP**) et les Centre d'action médico sociale précoce (**CAMSP**) assurent les soins à proximité du domicile.

Les **SESSAD** sont des Services d'éducation et de soins à domicile réalisant une prise en charge multidisciplinaire et intégrée (dans le milieu scolaire, au domicile, et dans les locaux de la structure). Certains SESSAD sont **spécialisés** selon le trouble neurodéveloppemental (par exemple, SESSAD Autisme ou trouble de la communication).

Les Instituts médico éducatifs (**IME**) ont pour missions l'éducation thérapeutique, les soins, et l'enseignement général des enfants présentant une déficience intellectuelle.

Les Centres ressources autisme (**CRA**), les **Centre référents des troubles des apprentissages** et les consultations spécialisées hospitalières sont des dispositifs de 3e ligne spécialement dédiés à ces troubles et chargés de l'appui au diagnostic complexe, à l'information et l'orientation des patients avec leur famille.

3.4. Scolarité des patients présentant un trouble neurodéveloppemental

Le type de scolarité **adapté au patient** dépendra du niveau de sévérité du trouble, de son retentissement fonctionnel et du projet des parents :

* le Projet d'accompagnement personnalisé (**PAP**) et le Projet personnalisé de scolarisation (**PPS**) précisent les aménagements pour faciliter la scolarisation en milieu ordinaire ;
* une aide humaine (Auxiliaire de vie scolaire – **AVS**) peut être utile pour les enfants qui ont des difficultés dans les apprentissages ou un manque d'autonomie ;
* une orientation en classe ULIS (Unités localisées pour l'inclusion scolaire) peut être utile pour les enfants qui ont des difficultés pour certains apprentissages en milieu ordinaire :
    - l'élève est dans des classes à petits effectifs dans les matières dans lesquelles il est en difficulté,
    - il est inclus dans des classes ordinaires dans les autres matières,
    - certaines ULIS sont dites généralistes (principalement dédiées aux enfants présentant une déficience intellectuelle légère), d'autres sont spécialisées selon le trouble neurodéveloppemental (ULIS TSA, ULIS langage, etc.) ;
* les enfants ayant un trouble neurodéveloppemental dont le retentissement fonctionnel est majeur relèvent d'une orientation en **IME**.

La mise en place des aménagements scolaires (PPS, aide humaine) et les orientations scolaires (ULIS, IME) nécessitent une notification de la **MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées). La constitution d'un dossier MDPH nécessite la rédaction d'un **certificat médical argumenté** décrivant le fonctionnement de l'enfant en termes d'incapacités. Le **PAP** permet des aménagements scolaires simples, sans notification par la MDPH ; il est validé par le médecin scolaire.



Résumé

Les troubles neurodéveloppementaux sont caractérisés par la présence d'un déficit qui peut être global (handicap intellectuel léger, modéré ou sévère) ou spécifique à certains domaines du développement (troubles des acquisitions, troubles des apprentissages, TDAH et TSA). Afin d'établir le diagnostic positif de ces troubles, des tests standardisés selon l'âge sont utilisés. Ces troubles sont également caractérisés par leur retentissement fonctionnel, leur début pendant l'enfance et le critère de spécificité. Le critère de spécificité est important pour l'évaluation des diagnostics différentiels et pour l'évaluation des comorbidités. Les troubles neurodéveloppementaux concernent près de 10 % des enfants pendant la période préscolaire et scolaire et sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles. Leur origine est multifactorielle (facteurs génétiques et environnementaux en interaction complexe). La prise en charge des patients ayant un trouble neurodéveloppemental doit être multidisciplinaire et adaptée au profil clinique de chaque patient.



Références pour approfondir

Gérard C.-L., *Clinique des Troubles de l'Apprentissage*, De Boeck, 2011.

Mazeau M., Pouhet A., *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant*, Elsevier Masson, 2014.

65

item 65

Troubles envahissants du développement

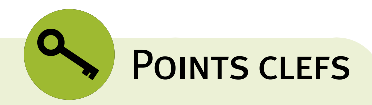
Objectifs pédagogiques

* Identifier les troubles envahissants du développement et connaître les principes de la prise en charge.
* Diagnostiquer un syndrome autistique (de la toute petite enfance au début de l'âge adulte), argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

Cas cliniques SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/65





Les enfants présentant un **Trouble du spectre de l'autisme (TSA)** ont des déficits dans 2 domaines cliniques : (1) **Anomalies de la communication et des interactions sociales** et (2) **Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités**.

La prévalence des TSA est de **1 %** et le **sex-ratio est de 4:1 en faveur des garçons**.

L'évaluation diagnostique se base sur la **symptomatologie actuelle** du patient ainsi que sur sa **trajectoire développementale**. L'évaluation diagnostique repose sur **l'examen clinique multidisciplinaire** et des **échelles d'évaluation standardisées**.

Comme l'ensemble des troubles neuro développementaux, les TSA ont une **origine multifactorielle**.

Il existe une **hétérogénéité clinique** importante des TSA. Cette hétérogénéité est liée à la **sévérité** des symptômes dans les 2 domaines cliniques de TSA ainsi qu'à la présence de **comorbidités** avec les autres troubles neurodéveloppementaux (handicap intellectuel, TDAH, trouble des acquisitions et des apprentissages), de **comportements auto ou hétéro agressifs**, d'une **épilepsie**, de **troubles du sommeil**, des **troubles anxieux**, etc.

La prise en charge des patients présentant un TSA doit être **précoce**, **intensive**, **multidisciplinaire** et **adaptée au profil clinique** de chaque enfant.

1. Introduction

1.1. Histoire

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental (cf. Item 53) dont la première description clinique a été faite en 1943 par les psychiatres Kanner et Asperger. Ce syndrome correspond à la présence de déficits persistants dans **2 domaines cliniques** :

* **anomalies de la communication et des interactions sociales**,
* **caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités**.

Dans la dernière version de la classification américaine des maladies mentales (DSM-5), on parle de **Troubles du Spectre de l'autisme (TSA)** pour insister sur **l'hétérogénéité clinique** des patients en termes de sévérité clinique sur ces 2 domaines cliniques.

1.2. Précisions terminologiques et nosographiques

* Un synonyme de Troubles du Spectre de l'autisme (TSA) est **Troubles envahissant du développement (TED)** qui est le terme encore utilisé dans la Classification internationale des maladies (10e version).
* Les patients présentant un TSA et un niveau intellectuel normal (c'est-à-dire un Quotient intellectuel > 70) étaient nommés **syndrome d'Asperger** ou **autisme de haut niveau** dans les précédentes classifications des maladies psychiatriques.

2. Épidémiologie

* La prévalence sur la population générale des TSA est de **1 %**.
* Le sex-ratio des TSA est de 4 garçons pour une fille (**4:1**).

3. Sémiologie des TSA chez l'enfant

3.1. Anomalies de la communication et des interactions sociales

3.1.1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle

Difficultés à **exprimer et comprendre les émotions et les affects** :

* absence ou rareté des **sourire réponse** : *lorsque les parents sourient à leur enfant, celui-ci ne leur sourit pas ;*
* absence ou pauvreté de **l'attention conjointe** : *l'enfant ne partage pas l'attention d'une personne sur un objet ou une situation. Il ne cherche pas à attirer l'attention d'autrui sur un objet ou une situation. Il ne répond pas quand on l'appelle même de façon insistante alors qu'il n'est pas sourd ;*
* difficultés à avoir des **échanges réciproques** : *les conversations ont tendance à être centrées sur les intérêts du patient ;*
* difficultés **pragmatiques du langage** : *le patient a des difficultés à avoir accès à l'implicite et au langage figuré*.

3.1.2. Déficit des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales

Absence ou pauvreté de l'usage des **gestes instrumentaux à valeur sociale** : *l'enfant ne fait pas oui ou non de la tête, « coucou » ou « au revoir » avec la main, ne lève pas les bras pour réclamer le portage, etc*.

Absence ou pauvreté de l'utilisation du **pointage** : *l'enfant ne pointe pas du doigt en direction d'un objet qui l'intéresse*. Deux types de pointages peuvent être distingués :

* le pointage proto-impératif (*servant à l'enfant à montrer pour obtenir un objet*) ;
* le pointage proto-déclaratif (*servant à l'enfant à montrer pour attirer l'attention d'autrui sur un objet*).

Absence, rareté ou caractère fluctuant du **contact oculaire** : *l'enfant ne regarde pas dans les yeux la personne avec laquelle il interagit*.

Pauvreté de la **communication non verbale**, c'est-à-dire :

* les expressions faciales : *l'enfant a une faible variété d'expressions faciales* ;
* la gestuelle : *il n'utilise que rarement de façon spontanée et adaptée au contexte social des gestes expressifs au cours de la communication*.

3.2. Anomalies des relations sociales

Anomalies des **relations sociales** :

* absence ou anomalie du **jeu** : *l'enfant ne participe pas à des jeux sociaux réciproques (ex. : « coucous »), il ne partage pas ou très peu de jeux fonctionnels avec ses pairs, il ne joue pas à faire semblant (la dinette, ne crée pas des scénarii avec ses figurines, etc.).*

Difficultés de compréhension des **conventions sociales**, aboutissant à :

- une **maladresse sociale** : *Les propos de l’enfant sont centrés sur ses propres centres d’intérêt et ne prennent pas en compte le point de vue ni les propos de l'interlocuteur pour s’inscrire dans un tour de rôle, etc.*
- un **isolement relationnel** : *Il a des difficultés à se faire des amis.*

Déficit de **motivation sociale** : *L’enfant est peu intéressé par les relations sociales avec ses pairs.*

3.3. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités

3.3.1. Comportements répétitifs et stéréotypés

Les **stéréotypies motrices** : *l’enfant a des mouvements répétitifs du tronc, de la tête, du buste ou des membres supérieurs (flapping). Parfois les stéréotypies peuvent occasionner des lésions graves lorsque le patient se mord ou se frappe ; on parle alors d’auto-mutilation.*

L’utilisation **répétitive des objets** : *l’enfant a tendance à aligner ses jouets ou d’autres objets, à faire tourner la roue d’une petite voiture, etc.*

Les **stéréotypies verbales** : *l’enfant produit des sons de manière répétitive sans intention de communication.*

Les **écholalies** : *l’enfant répète un son ou un mot après l’avoir entendu* :

- écholalies **immédiates** : *Il répète immédiatement un son ou un mot après l’avoir entendu* ;
- écholalies **différées** : *Il répète un son ou un mot après l’avoir entendu mais de manière différée.*

Un **langage idiosyncrasique** : *L’enfant invente un langage qui lui est propre (mot ou structure verbale) et l’utilise de façon stable.*

3.3.2. Adhésion inflexible à des routines et intolérance au changement

L’adhésion inflexible à des routines même mineures : *l’enfant a besoin de faire les mêmes itinéraires chaque jour, de manger la même nourriture, de porter des vêtements de la même couleur, etc.*

Comportements verbaux ou non verbaux **ritualisés** : *l’enfant a des questionnements répétitifs, des déambulations autour d’un périmètre de marche, etc.*

L’intolérance au changement (également nommée **besoin d’immuabilité**) : *l’enfant est en détresse suite à un changement mineur de son environnement comme le changement de tapisserie de la maison, la modification d’un emballage, etc.*

3.3.3. Intérêts restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but

Attachement idiosyncratique à des objets insolites : *l’enfant peut être fortement attaché à des objets, tels qu’une casserole, une tige métallique, un caillou, etc.*

Peurs inhabituelles au regard de l’âge chronologique : *l’enfant peut avoir peur des rideaux soulevés par le vent, d’entendre quelqu’un qui tousse ou qui chante ou qu’on lui coupe les cheveux, etc.*

Intérêts excessivement circonscrits et persévérants : *l’enfant a un intérêt excessif pour les chiffres, les lettres, les lignes de métro, le système solaire, les sous-types de coléoptères, etc.*

3.3.4. Particularités sensorielles

Hypo ou hyperréactivité à certaines **stimulations sensorielles** ou **intérêt inhabituel** pour les **aspects sensoriels de l'environnement** : *L'enfant a une apparente indifférence à la douleur ou à la température, une sensibilité excessive aux bruits même très discrets, des comportements de flairage des objets, une fascination pour certains stimuli lumineux, etc.*

3.4. Chronologie d'apparition des symptômes de TSA

Comme pour l'ensemble des troubles neurodéveloppementaux, les symptômes cliniques apparaissent **pendant l'enfance** (en général avant 36 mois).

Certains symptômes peuvent être observés **très précocement** (*par exemple, l'absence de sourire réponse, ou de réaction à la voix pendant la première année de vie*), d'autres ne pourront être évalués que **plus tardivement** car ils nécessitent un certain degré de développement des compétences cognitives (*par exemple, les difficultés à avoir des conversations réciproques*).

De plus, certains symptômes peuvent se manifester **à un certain moment du développement** mais ne seront plus observés ultérieurement (*par exemple les stéréotypies vocales ou motrices*).

De ce fait, **l'évaluation diagnostique se base sur la symptomatologie actuelle ainsi que sur la trajectoire développementale du patient** (l'anamnèse vise ainsi à déterminer la présence précoce des symptômes de TSA).

3.5. Développement

Environ 1/3 des enfants présentent une **stagnation ou une régression du développement socio-communicatif** entre l'âge de 12 et 24 mois, en particulier dans les domaines du langage oral et des interactions sociales. Ces signes sont considérés comme des **signes d'appel** pour un **risque d'autisme** (dans la perspective du dépistage précoce).

3.6. Hétérogénéité clinique

Les enfants présentant un TSA diffèrent en fonction de la **sévérité des symptômes sur les 2 dimensions cliniques**. Ces niveaux de sévérité sont déterminés à partir de **l'intensité des symptômes autistiques** et par leur retentissement fonctionnel.

D'autres éléments cliniques participent à **l'hétérogénéité clinique**, tels que :

* des **comorbidités** avec **d'autres troubles neurodéveloppementaux**, notamment :
  - le **handicap intellectuel** (40 % des patients présentant un TSA ont un handicap intellectuel associé),
  - le trouble de l'attention avec hyperactivité (**TDAH**) (30 %),
  - les troubles de l'acquisition du **langage oral** (20 % des patients présentant un TSA sont non verbaux),
  - les troubles de l'acquisition des **coordinations motrices**,
  - les troubles spécifiques des **apprentissages**,
* des comportements **auto ou hétéro agressifs** ;
* l'**épilepsie**, comorbidité fréquente et grave qu'il faut savoir dépister et traiter. Environs 20 % des individus présentant un TSA ont à un moment de leur vie une épilepsie ;
* des **troubles du sommeil** ;

* des **troubles anxieux**, notamment les phobies spécifiques, l'anxiété sociale et l'anxiété généralisée ;
* des **symptômes obsessionnels compulsifs** et les **tics chroniques** ;
* des **épisodes dépressifs caractérisés**, notamment à l'adolescence ;
* des **syndromes catatoniques**.

4. Évaluation diagnostique

4.1. Diagnostic positif

L'évaluation diagnostique repose sur l'identification des **critères diagnostiques** DSM ou CIM obtenus à partir de :

* l'**examen clinique multidisciplinaire** du développement de l'enfant dans divers domaines (langage, communication, intelligence, motricité…) ;
* des **entretiens semi structurés avec ses parents** (par exemple : ADI–R : Autism Diagnostic Interview-Revised version, qui examine la **symptomatologie actuelle** ainsi que **l'histoire développementale** de l'enfant) ;
* **l'observation semi structurée de la symptomatologie de l'enfant** (par exemple au moyen de l'ADOS : Autism Diagnostic Observation Scale).

Afin de caractériser le profil clinique des patients présentant un TSA, il est important d'évaluer la **sévérité clinique sur les 2 domaines cliniques**.

Le **diagnostic précoce** (avant 3 ans) et leur **prise en charge précoce** permettent une **meilleure évolution** clinique des enfants présentant un TSA.

4.2. Formes cliniques

De nombreuses **maladies génétiques** (par ex., syndrome de Rett, syndrome de l'X fragile) et **métaboliques** sont associées aux TSA (par ex. phénylcétonurie, anomalie métabolisme de la créatinine, métabolisme purine/pyrimidine). L'orientation de l'enfant vers des **consultations en ORL**, **neuropédiatrie** et **génétique médicale** doit être **systématique**. Une **évaluation clinique rigoureuse** et des **examens complémentaires ciblés** permettront d'identifier ces formes cliniques dites « **syndromiques** ».

L'anamnèse recherchera les **facteurs environnementaux** qui sont associés à des troubles du développement cognitif (cf. Item 53) :

Cf. **Étiologie des troubles neurodéveloppementaux** et **Évaluation clinique du développement** des patients présentant des troubles neurodéveloppementaux (Item 53).

4.3. Diagnostics différentiels

Hypoacousie et surdité. La réalisation d'un audiogramme ou de Potentiels évoqués auditifs permettent d'éliminer ce diagnostic différentiel.

Autres troubles neurodéveloppementaux, notamment :

* **handicap intellectuel**. Les enfants qui ont un handicap intellectuel présentent fréquemment des symptômes de TSA (dans les 2 domaines cliniques). Un bilan psychométrique permet d'estimer le QI du patient et d'identifier un handicap intellectuel et son niveau de sévérité ;
* **troubles de l'acquisition du langage**. Les enfants qui ont trouble de l'acquisition du langage sans TSA associé présentent des difficultés de communication verbale qui sont habituellement bien compensées par la communication non verbale et les capacités relationnelles ;
* **troubles du comportement**, en particulier le **TDAH**. Les patients qui ont un TDAH présentent fréquemment des difficultés dans les interactions sociales (principalement liées aux symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité) mais pas de déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle, ni de comportements stéréotypés ou à caractère restreint.

Schizophrénie à début précoce. Les patients qui ont une schizophrénie présentent fréquemment des difficultés dans les interactions sociales. L'absence de sémiologie caractéristique de la schizophrénie et l'histoire développementale permettent de faire le diagnostic différentiel (évolution des symptômes de schizophrénie par épisodes).

4.4. Recherche des comorbidités

Afin de préciser le **profil clinique** des patients présentant un TSA, il est important de réaliser des bilans permettant d'évaluer les éléments cliniques qui participent à **l'hétérogénéité clinique** des TSA :

* **bilan psychologique** : évaluation du QI, du comportement adaptatif (au moyen par exemple de l'échelle de Vineland) et des capacités attentionnelles ;
* **bilan orthophonique** : évaluation du niveau de communication verbale et non verbale (compréhension et expression) et de la pragmatique du langage ;
* **bilan psychomoteur** : évaluation des coordinations motrices, des praxies et du graphisme ;
* **EEG de veille et de sommeil** : recherche d'une épilepsie.

ADI et ADOS	diagnostic positif
Évaluation du QI et du comportement adaptatif	diagnostics différentiels et diagnostics associés
Bilan orthophonique	diagnostics différentiels et diagnostics associés
Bilan psychomoteur	diagnostics différentiels et diagnostics associés
Bilans neurologiques, génétiques, métaboliques et IRM cérébrale	diagnostic des formes syndromiques de TSA
Audiogramme, PEA	diagnostics différentiels
EEG de veille et de sommeil	diagnostics associés

Tableau 1. Récapitulatif des examens complémentaires à réaliser pour l'évaluation clinique des TSA.

5. Prise en charge

La prise en charge des patients présentant un TSA doit être :

* la plus **précoce** possible, **intensive** et **continue**,
* adaptée à la **sévérité** du TSA et aux **comorbidités**,
* **multidisciplinaire** et **coordonnée par un médecin référent**.

5.1. Structures dédiées à la prise en charge des TSA

Les Centres médico psychologiques (**CMP**), les Centres médico psycho-pédagogiques (**CMPP**) et les Centre d'action médico sociale précoce (**CAMSP**) assurent les soins à proximité du domicile.

Les **SESSAD** notamment ceux spécialisés dans les TSA sont des Services d'éducation et de soins à domicile réalisant une prise en charge multidisciplinaire et intégrée (dans le milieu scolaire, au domicile, et dans les locaux de la structure).

Les Instituts médico éducatifs (**IME**) notamment ceux ayant un agrément pour les TSA, sont des structures initialement dédiées aux patients présentant une déficience intellectuelle et qui ont pour missions l'éducation, les soins, et l'enseignement général.

Les Centres ressources autisme (**CRA**) et les **consultations spécialisées hospitalières** (**Centre de diagnostic et d'évaluation**) sont des centres d'évaluation et d'orientation positionnés en 3e ligne et spécialement dédiés à ce trouble dans les cas complexes.

5.2. Les prises en charge non pharmacologiques

5.2.1. Les prises en charge développementales

Basées sur les connaissances du développement cérébral et fonctionnel, ces thérapies **centrées sur l'interaction** visent l'activation des systèmes de **synchronisation socio-émotionnelle** et ainsi la **relance de la trajectoire développementale**.

5.2.2. Les prises en charge comportementales

Ces prises en charge sont basées sur les **théories de l'apprentissage** et utilisent la stimulation, la répétition et le **renforcement positif**, pour **favoriser un apprentissage des comportements utiles à la communication et adaptés** socialement.

5.2.3. Les prises en charge orthophoniques

Pour les enfants présentant un TSA et qui ont des **performances faibles en communication verbale** (notamment les patients non verbaux), il existe des **rééducations orthophoniques spécialisées** qui consistent à utiliser des **pictogrammes** (images correspondant à un objet, une activité, etc.) et complètent la rééducation classique du langage oral pour permettre une meilleure communication de l'enfant avec son entourage. Lorsque ce système de **communication augmentée** est utilisé, **la famille de l'enfant doit y être associée et formée**.

Pour les patients présentant un TSA et qui ont des **difficultés en pragmatique du langage**, des **rééducations orthophoniques** peuvent cibler spécifiquement ces aspects pragmatiques.

5.2.4. Rééducations des habiletés sociales

Les rééducations des habiletés sociales sont des thérapies de **groupe** proposées sous forme de programmes d'une dizaine de séances et basées habituellement sur une approche en **Thérapie Cognitive et Comportementale** (TCC). Leur but est d'améliorer la **compréhension des conventions sociales** et les **compétences dans les interactions sociales**.

5.2.5. Scolarité des patients présentant un TSA

Le type de scolarité **adapté à l'enfant** dépendra du niveau de **sévérité du TSA**, du **retentissement fonctionnel du trouble**, des **troubles neurodéveloppementaux associés** et du **choix des parents**.

* Les patients présentant un **TSA d'intensité légère**, **sans un autre trouble neurodéveloppemental associé**, et avec un **retentissement fonctionnel léger** : scolarité en **milieu ordinaire**.
  - le Projet d'accompagnement personnalisé (**PAP**) et Projet personnalisé de scolarisation (**PPS**) précisent les aménagements qui doivent permettre une scolarisation en milieu ordinaire.
  - une Auxiliaire de vie scolaire (**AVS**) peut être utile pour les patients qui ont des difficultés dans les apprentissages ou des difficultés d'autonomie.
* Les patients présentant un **TSA d'intensité légère**, **un autre trouble neurodéveloppemental associé** (par exemple, une déficience intellectuelle légère), et avec un **retentissement fonctionnel léger ou modéré** : **classe ULIS** (Unités localisées pour l'inclusion scolaire).
  - le patient est dans des classes à petit effectif dans les matières dans lesquelles il est en difficulté.
  - le patient est inclus dans des classes ordinaires dans les autres matières et il bénéficie alors d'une AVS.
  - l'appui d'un SESSAD est utile pour favoriser cette inclusion de l'enfant en milieu scolaire et lui proposer des interventions adaptées dans ce milieu de vie.
* Les patients présentant un **TSA d'intensité modérée à sévère**, et un **autre trouble neurodévelop-pemental associé** (par exemple, une déficience intellectuelle modérée), et avec un **retentissement fonctionnel modéré ou** sévère : orientation en **IME**.

La mise en place des aménagements scolaires (PPS, AVS) et les orientations scolaires (ULIS, IME) nécessitent une **notification de la MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées). La constitution d'un dossier MDPH nécessite la rédaction d'un certificat médical argumenté décrivant le fonctionnement de l'enfant en termes d'incapacités. Le PAP permet des aménagements scolaires simples, sans notification par la MDPH ; il est validé par le médecin scolaire.

5.3. Les prises en charge pharmacologiques

Il n'existe à ce jour aucun traitement « curatif » des TSA. Les traitements pharmacologiques sont **symptomatiques** et permettent de traiter les **comorbidités fréquemment associées** :

* **symptômes de TSA** :
  - **antipsychotiques de deuxième génération** : hétéro et d'auto agressivité sévère. Les interventions comportementales sont les interventions de première intention ;
  - **antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** : symptômes obsessionnels et compulsifs sévères ;

* **comorbidités** :
  - **mélatonine** : troubles de sommeil,
  - **antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** : épisode dépressif caractérisé,
  - **méthylphénidate** : TDAH.



Résumé

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont des troubles neurodéveloppementaux. Les enfants présentant un TSA ont des déficits dans 2 domaines cliniques : (1) Anomalies de la communication et des interactions sociales et (2) Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités.

La prévalence des TSA est de 1 % et le sex-ratio est de 4:1 en faveur des garçons.

L'évaluation diagnostique se base sur la symptomatologie actuelle du patient ainsi que sur sa trajectoire développementale (entretiens semi structurés avec ses parents). L'évaluation diagnostique repose sur l'examen clinique multidisciplinaire et des échelles d'évaluation standardisées.

Comme l'ensemble des troubles neuro développementaux, les TSA ont une origine multifactorielle (interaction complexe entre des facteurs génétiques et environnementaux).

Il existe une hétérogénéité clinique importante des TSA. Cette hétérogénéité est liée à la sévérité des symptômes dans les deux domaines cliniques de TSA ainsi qu'à la présence de comorbidités psychiatriques (par exemple, le handicap intellectuel) et non-psychiatriques (par exemple, l'épilepsie).

La prise en charge des patients présentant un TSA doit être précoce, intensive, multidisciplinaire et adaptée au profil clinique de chaque enfant. Les traitements non pharmacologiques, notamment les prises en charges comportementales et les rééducations (notamment la rééducation orthophonique et la rééducation aux habiletés sociales) occupent une place centrale dans la prise en charge. Les traitements pharmacologiques sont symptomatiques ou permettent de traiter les comorbidités fréquemment associées. Des nombreuses structures de soins sont dédiées à la prise en charge des enfants présentant des TSA. Le type de scolarité adapté à l'enfant dépendra du niveau de sévérité du TSA, du retentissement fonctionnel du trouble, des troubles neurodéveloppementaux associés et du choix des parents.



Références pour approfondir

HAS, *Autisme et autres troubles envahissants du développement : état des connaissances*, 2010.

66

item 66

TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ADOLESCENT

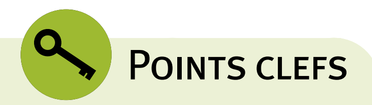


* Expliquer les caractéristiques comportementales et psychosociales de l'adolescent normal.
* Identifier les troubles du comportement de l'adolescent et connaître les principes de la prévention et de la prise en charge.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/66





Les troubles du comportement sont le Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (**TDAH**), le Trouble opposition avec provocation (**TOP**) et le Trouble des conduites (**TC**).

Ces troubles ont une **prévalence élevée** en population générale pédiatrique : 5 % pour le TDAH, 3 % pour le TOP et 1,5 % pour le TC.

Ces troubles ont une **étiologie multifactorielle** impliquant des facteurs génétiques et environnementaux en interaction complexe.

Les **comorbidités psychiatriques** doivent être recherchées systématiquement : les autres troubles du comportement, les troubles des acquisitions et des apprentissages, le handicap intellectuel, les troubles du spectre autistique, mais aussi les troubles anxieux et troubles de l'humeur, troubles addictifs, le syndrome de Gilles de la Tourette et les troubles du sommeil.

La **prise en charge est multimodale** associant l'éducation thérapeutique au trouble, des interventions psychothérapeutiques auprès des enfants et/ou parents, le traitement en remédiation cognitive et rééducation, les traitements pharmacologiques, les aides socio-éducatives et scolaires.

Les **règles de prescription du méthylphénidate** dans l'indication du TDAH sont traitées dans l'item 72 du référentiel.

1. Introduction

1.1. Caractéristiques comportementales et psychosociales de l'adolescence normale

L'adolescence normale est définie en premier lieu par des **critères endocriniens** : l'apparition de la **puberté et des caractères** sexuels **secondaires** (cf. items de pédiatrie). Pour rappel : à 10-11 ans chez les filles, et à 12-13 ans pour les garçons.

C'est aussi une **période de changements cognitifs et affectifs** dans la vie des enfants. Cette période comprend donc plusieurs processus concomitants :

* processus comportemental et social d'**autonomisation** : **explorations, expérimentations**,
* processus psychique **d'intégration** des changements corporels, **des pulsions sexuelles**,
* processus psychique et social d'**individuation** : mise à distance de ses parents, intérêt grandissant pour ses **pairs** et création de nouveaux liens amicaux forts, intégration dans un **groupe** et partage des valeurs groupales communes, recherche d'**identification** à d'autres personnes de son âge ou à des adultes autres que ses parents, construction de **sa propre personnalité** et de **ses valeurs**.

1.2. Qu'entendre par « trouble du comportement » ?

Dans cet item nous parlerons de 3 troubles du comportement :

* **TDAH (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)**, considéré comme un trouble **neurodéveloppemental** (cf. Item 53),
* **TOP (Trouble opposition avec provocation)**,
* **TC (Trouble des conduites)**.

Bien que l'intitulé de l'item soit « Troubles du comportement de l'adolescent », ces troubles du comportement débutent habituellement pendant l'enfance.



Les classifications des troubles du comportement

La pédopsychiatrie en France utilise 3 classifications :

* celle de l'OMS (Classification internationale des maladies, CIM),
* celle des USA (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM),
* la Française (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CFTMEA).

La CIM et la DSM sont les plus utilisées. La CIM-10 regroupe plusieurs pathologies psychiatriques de l'enfance et l'adolescence en une seule et même catégorie intitulée « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence ». On y trouve donc entre autres les troubles hyperkinétiques (TDAH), le TC et le TOP. En revanche, le DSM-5 propose 2 catégories distinctes : une première « troubles neurodéveloppementaux » qui comprend le TDAH, et une seconde « trouble de l'impulsion et des conduites » qui comprend entre autres le TOP et le TC.

2. Contexte épidémiologique des troubles du comportement

2.1. Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : TDAH

Prévalence de 5 % des enfants et adolescents, **sex-ratio : 3 garçons pour 1 fille**.

Les **premiers signes** (instabilité motrice, impulsivité) sont souvent apparents dès l'âge de la marche et sont en décalage avec le niveau d'activité habituellement observé chez les enfants de même âge et sexe. Cependant, les symptômes sont peu stables avant 4 ans et difficiles à distinguer de l'agitation motrice habituellement observée chez les jeunes enfants.

Le syndrome d'**inattention** devient plus visible en école élémentaire, lorsque l'enfant est confronté à des situations nécessitant un effort de concentration. Au cours du développement, le syndrome d'hyperactivité motrice s'atténue ou s'exprime différemment (sensation intérieure d'impatience, besoin de manipuler des objets) mais les syndromes d'impulsivité et d'inattention restent souvent problématiques. Lorsque le syndrome d'inattention est prédominant, le diagnostic est souvent tardif, révélé par des difficultés d'apprentissage ou des comorbidités.

Les filles ont plus souvent une présentation clinique avec inattention prédominante (l'hyperactivité peut être peu importante ou absente).

2.2. Le trouble oppositionnel avec provocation : TOP

Prévalence moyenne de 3 %, sex-ratio : 1,4 garçon pour 1 fille.

Le trouble **débute en général pendant l'enfance**. Il est caractérisé par un syndrome associant des comportements oppositionnels, querelleurs et vindicatifs, de fréquentes colères ou manifestations d'irritabilité. Les symptômes excèdent ce qui est normal pour l'âge ; ils peuvent prédominer dans un contexte (souvent au domicile) mais dans les formes les plus graves les symptômes sont généralisés.

2.3. Le trouble des conduites : TC

Prévalence de 1,5 %, sex-ratio : 3-4 garçons pour 1 fille.

Le trouble se révèle progressivement entre la moyenne enfance et le milieu de l'adolescence, **avant l'âge de 16 ans**. Le TOP précède habituellement le TC. Le début précoce du TC (avant 10 ans) est un facteur de mauvais pronostic.

2.4. Étiologie multifactorielle pour les 3 troubles

L'étiologie des troubles du comportement (TDAH, TOP et TC) est **multifactorielle**. On peut distinguer des facteurs de risque **génétiques**, **environnementaux** et **individuels**.

* **Facteurs de risque génétiques** : il existe une **agrégation familiale** (fréquence du trouble chez les apparentés) et une **héritabilité** (contribution des facteurs génétiques à la variance du phénotype) élevées des troubles du comportement. Par exemple, concernant le TDAH, l'agrégation familiale du trouble est élevée (25 % parmi les apparentés de premier degré) et son héritabilité est importante (autour de 60-75 %). Les études de génétique moléculaire montrent l'implication de multiples polymorphismes génétiques sans effet de gènes majeurs.
* facteurs de risque environnementaux :
  - **prématurité**,
  - **petit poids de naissance** (< 2,5 kg),
  - consommation de **tabac pendant la grossesse**,
  - consommation d'**alcool pendant la grossesse**,
  - **événements de vie négatifs** pendant la petite enfance : abus sexuels, négligence éducative et affective, maltraitance physique et/ou psychologique, placement en foyer, etc.,
  - **environnement éducatif** où les règles éducatives sont inconsistantes et ambivalentes, ou au contraire trop rigoureuses et rigides (ce type d'environnement éducatif est principalement associé aux TOP et TC),
  - **psychopathologie parentale** : abus de substance et personnalité antisociale (facteurs de risque du TC),
  - **environnement social** : rejet des autres, fréquentation d'autres adolescents délinquants (facteur de risque du TC) ;
* facteurs de risque individuel :
  - **tempérament très réactif**, intolérant à la frustration (facteurs de risque du TOP),
  - enfant au **tempérament difficile** (peu contrôlable, peu docile, impatient, avec des réactions émotionnelles fortes, etc.) est un facteur de risque du TC.

3. Sémiologie des troubles du comportement

3.1. Syndrome d'hyperactivité

L'activité est ici excessive, désordonnée, mal contrôlée, peu productive ni efficace, ne correspondant pas à ce qui est normalement attendu pour son âge, ni à ce qui est demandé la plupart du temps. L'enfant présente une **instabilité motrice** : il ne parvient pas à rester assis, se lève souvent, sans que cela lui ait été demandé ou que cela soit approprié, court beaucoup partout.

Cette **hyperactivité** est **constatée dans quasiment tous les domaines de sa vie** (familiale, sociale, activités extrascolaires).

Exemple de plaintes de l'entourage de l'enfant : « Il bouge sans arrêt, comme une pile électrique, monté sur ressort, il ne s'arrête jamais, même assis il remue les jambes, c'est épuisant. »

3.2. Syndrome d'impulsivité

L'impulsivité correspond à **faire ou dire** directement quelque chose **de façon impérieuse, sans pouvoir différer, et sans anticiper** au préalable les conséquences négatives ou positives.

L'impulsivité se manifeste par de la **précipitation** (par exemple : répondre sans attendre la fin de la question), **une incapacité à attendre son tour** (par exemple : difficultés à respecter les tours de parole ou à attendre son tour dans les jeux) et des **prises de risques** (par exemple : ne regarde pas avant de traverser une route).

3.3. Syndrome d'inattention

* des difficultés à se **concentrer** et à **maintenir sa concentration** (par exemple, une incapacité à faire attention aux détails, de nombreuses fautes d'étourderie dans ses devoirs),
* une **distractibilité**, par des distracteurs internes (ses propres pensées) ou externes (les stimuli externes),
* des difficultés de **planification** et de **mémoire de travail** (c'est-à-dire des fonctions exécutives) qui se manifestent par des **difficultés d'organisation** (par exemple, des difficultés à gérer son cartable scolaire ou son agenda),
* une **procrastination** (c'est-à-dire, une tendance à remettre systématiquement à plus tard),
* un manque de motivation pour les activités demandant un **effort cognitif durable** (par exemple, le travail scolaire),
* des **oublis ou des pertes** (par exemple, des jouets, habits, etc.),
* des difficultés pour comprendre et suivre les **règles et consignes**,
* une **lenteur d'exécution** (exemple de plaintes de l'entourage de l'enfant : « il est tellement lent que je fais à sa place pour l'aider et aller plus vite, sinon il ne termine jamais »).

3.4. Syndrome d'opposition-provocation

Ce syndrome associe de **manière intense, persistante, répétitive** :

* des comportements d'**opposition**, de **provocation** et de **défiance vis-à-vis de l'autorité** (par exemple, s'oppose souvent et volontairement aux consignes des adultes),
* des comportements **vindicatifs** et d'**hostilité envers les autres** (par exemple, l'enfant est décrit comme souvent fâché, rancunier avec des envies de vengeance),
* une **irritabilité**, une **susceptibilité** et des **accès de colère**.

3.5. Syndrome de conduites antisociales

Ce syndrome associe de **manière intense, persistante, répétitive** des conduites de **non-respect des normes** (pouvant entrainer des conséquences légales) et **émotions prosociales limitées** (absence de remords, manque d'empathie, désintérêt pour la performance, superficialité des affects).

L'anamnèse rapporte des événements tels :

* des **agressions** envers des personnes ou des animaux,
* des **destructions** de biens matériels (feu, vandalisme),
* des **vols**,
* des **violations des règles établies** (fugues, absentéisme scolaire).

4. Faire le diagnostic d'un trouble du comportement

4.1. Diagnostic positif de TDAH, TOP et TC

Le diagnostic positif se fait sur des critères cliniques après **une observation clinique recueillant** :

* **l'histoire développementale** du patient,
* la **symptomatologie** actuelle (les symptômes ne correspondent pas au développement normal attendu),
* le **retentissement** dans la plupart des domaines de sa vie (au moins 2 domaines parmi : **familial** restreint et élargi, **scolaire**, **activités extrascolaires**, **amical**). Un entretien avec les parents et les autres personnes en contact avec l'enfant et l'adolescent (professeurs, éducateurs) sont utiles à l'analyse sémiologique,
* la **durée** du trouble (> 6 mois),
* **l'âge de début** du trouble pendant l'enfance.

Les **tests psychométriques** (tests d'attention, tests de QI), les bilans de personnalité et la passation de **questionnaires** (par ex. échelle de Conners) fournissent des **arguments supplémentaires pour le diagnostic positif**, mais ne sont pas indispensables au diagnostic positif.

4.2. À propos du TDAH

Pour poser le diagnostic de TDAH il faut un nombre suffisant de symptômes **dans 2 dimensions cliniques** :

* le syndrome d'inattention,
* les syndromes d'hyperactivité et d'impulsivité.

Le trouble doit avoir **débuté avant la puberté**.

Chez l'adolescent, ce sont souvent les syndromes d'impulsivité et d'inattention qui sont au premier plan.

On distingue 3 présentations cliniques de TDAH :

* présentation **hyperactive/impulsive prédominante**, surtout en période pré-scolaire, où les syndromes d'hyperactivité et d'impulsivité sont au premier plan par rapport à l'inattention,
* présentation **combinée**, où les 2 dimensions cliniques (le syndrome inattention et les syndromes d'hyperactivité et d'impulsivité) sont tous deux au premier plan,
* présentation **inattentive** prédominante.

4.3. À propos du trouble oppositionnel avec provocation TOP

Pour poser le diagnostic de TOP, il faut constater la présence d'un **comportement défiant + humeur irritable + caractère vindicatif** (c'est-à-dire le syndrome d'**opposition-provocation**). Cette sémiologie doit être constatée en dehors des relations dans la fratrie.

4.4. À propos du trouble des conduites TC

Pour poser le diagnostic de TC, il faut retrouver un nombre suffisant de symptômes du syndrome de conduites antisociales.

4.5. Les comorbidités psychiatriques et les bilans complémentaires

Il faut savoir que près de 80 % des enfants souffrant de TDAH ont des comorbidités.

* **autres troubles neurodéveloppementaux** : troubles des acquisitions et des apprentissages (présent chez 50 à 80 % des enfants TDAH, handicap intellectuel, troubles du spectre autistique) Devant l'hypothèse d'un trouble du développement, il est essentiel de réaliser une évaluation standardisée des domaines du développement jugés déficitaires à l'examen clinique. Les bilans paracliniques sont réalisés par les psychologues (ex. : évaluation du QI, de l'attention, de la mémoire, des interactions sociales, etc.), les orthophonistes (ex. : évaluation du langage oral, du langage écrit, du calcul, de la pragmatique du langage, etc.), les psychomotriciens et ergothérapeutes (ex. : évaluation de la motricité globale, de la motricité fine, du graphisme, etc.) ;
* **autres troubles du comportement (TDAH, TOP, TC)** : par exemple on retrouve un TOP chez 80 % des formes mixtes de TDAH, et un TC chez 25 % des formes mixtes ; le TOP précède parfois l'apparition d'un TC ; TDAH et TOP sont des facteurs de mauvais pronostic si comorbides avec un TC ;
* **trouble anxieux** (chez 33 % des TDAH) et trouble de l'humeur (dépression, phase maniaque) ;
* **troubles obsessionnels et compulsifs (TOC)** ;
* **tics, Syndrome de Gilles de la Tourette** ;
* **troubles du sommeil** ;
* **troubles addictifs**.

4.6. Les diagnostics différentiels

La difficulté à poser le diagnostic réside dans le fait que **l'opposition-provocation, l'agressivité sociale, l'inattention ou l'hyperactivité/impulsivité peuvent exister dans diverses pathologies médicales psychiatriques ou non-psychiatriques** :

* causes **pédopsychiatriques** : les troubles anxieux, l'épisode dépressif caractérisé, le trouble de l'humeur bipolaire en phase maniaque ;
* causes **iatrogènes** : par exemple, traitement par des corticoïdes ;
* causes **neurologiques** : certains types d'épilepsies ;
* causes **endocriniennes** : maladies métaboliques, hyperthyroïdie, diabète décompensé ;
* causes **ORL** : surdité, hypertrophie des amygdales entraînant un Syndrome d'apnée aiguë du sommeil (SAOS) chez l'enfant ;
* causes **génétiques** : X fragile, syndrome de Turner, etc.

Diagnostic TDAH, TOP, TC	Comorbidités ...	...et si point d'appel
Interrogatoire/questionnaires Observation clinique	Interrogatoire/questionnaires Observation clinique QI Bilan orthophonique Bilan psychomoteur	Interrogatoire Observation clinique Bilan attentionnel EEG IRM cérébral Bilan ORL avec audiogramme Polysomnographie Bilan ophtalmologique Biologie, glycémie capillaire Caryotype, CGHarray

Tableau récapitulatif des étapes de l'évaluation diagnostique des troubles du comportement.

5. Pronostic et évolution

En l'absence de prise en charge, les **complications scolaires, sociales et professionnelles** sont importantes :

* sociales : conflits intrafamiliaux, **interactions familiales négatives, difficultés d'intégration sociale, harcèlement, maltraitance** ;
* **scolaires et professionnelles : difficultés dans les apprentissages** scolaires, échec scolaire, **déscolarisation**, difficulté d'intégration professionnelle, **chômage, marginalisation, délinquance**, criminalisation, conséquences judiciaires ;
* **médicales non-psychiatriques** en lien avec des comportements à risque (par exemple, traumatiques orthopédiques) ;
* **psychiatriques** : troubles anxieux et troubles de l'humeur, troubles addictifs, troubles du sommeil.

La symptomatologie du TOP diminue voire disparaît avec l'âge pour la plupart des patients.

La présentation clinique du TDAH a tendance à évoluer avec le temps (diminution de l'hyperactivité, amélioration des capacités d'auto-contrôle). Pour 2/3 des patients, des symptômes de TDAH persistent à l'âge adulte avec un retentissement fonctionnel.

6. La prise en charge

La prise en charge est multimodale, coordonnée par un médecin référent du soin.

6.1. Traitements non pharmacologiques

6.1.1. Éducation thérapeutique

Obligatoire, quel que soit le trouble.

Elle doit se faire lorsque le diagnostic est posé, afin d'expliquer au patient et à sa famille le trouble, son évolution, les facteurs d'entretiens du trouble, et les stratégies de prise en charge.

6.1.1.1. Interventions psychothérapeutiques auprès des enfants et/ou parents

* Psychothérapie groupale cognitivo-comportementale, **pour les parents** : les **programmes d'entraînement aux habiletés parentales** (Programmes type Barkley par exemple).

* Psychothérapie **individuelle, pour l'enfant : thérapie cognitivo-comportementale (estime de soi, affirmation de soi, compétences sociales)**.
* **Thérapie familiale systémique**, pour toute la famille, si besoin.

6.1.1.2. Traitement en remédiation cognitive / rééducation

* **Remédiation cognitive**, en individuel ou en groupe (à travers des jeux l'enfant fait des exercices d'attention, d'inhibition de l'impulsivité, de flexibilité mentale, de planification, etc.).
* Les troubles des **apprentissages spécifiques** fréquemment associés nécessitent des **rééducations (orthophonie, psychomotricité)** et des aménagements de la scolarité.

6.1.2. Aides socio-éducatives possibles

Les familles peuvent demander une **aide éducative et sociale**. Celle-ci peut être aussi imposée suite à une information des services sociaux et/ou judiciaires (Information préoccupante, IP). Ces aides ont pour but d'aider les familles au sein même de l'environnement de l'adolescent à travers une guidance éducative.

AEA : aide éducative et administrative, demandée par les parents auprès des services sociaux de leur secteur. Un travailleur social viendra au sein de la famille travailler avec l'adolescent concerné et sa famille. Cette aide éducative est ordonnée par le conseil général.

AEMO : aide éducative en milieu ouvert. Si nécessaire, devant des éléments en faveur de maltraitance physique ou psychologique, il faudra rédiger une IP dans l'idée de la réalisation d'une enquête sociale dans le milieu familial et social du patient. La mise en place de cette aide éducative est ordonnée par le juge des enfants.

AEEH : allocation enfant handicapé. Il s'agit d'aides financières destinées à la compensation d'un handicap, allouées par le Conseil général, sur acceptation du dossier MDPH.

Des **conseils éducatifs** peuvent être prodigués tels que : demander aux familles de limiter l'exposition aux écrans vidéo et télévisés, limiter voire supprimer les jeux vidéo violents ; donner des règles d'hygiène de vie pour le sommeil, l'alimentation et les rythmes de l'adolescent.

Si l'environnement familial est néfaste, un éloignement pourra être décidé avec un **placement** en foyer ou famille d'accueil thérapeutique.

6.1.3. Scolarité des patients présentant des troubles du comportement

Si la scolarité en milieu ordinaire est possible il faut :

* mettre en place des **aménagements scolaires et pédagogies**,
* faire de **l'information auprès des équipes pédagogiques** avec accord de la famille.

Les différents dispositifs d'aménagements scolaires sont :

* **PAP** : Plan d'accompagnement personnalisé (pour la mise ne place des aménagements pédagogiques spécifiques),
* **PAI** : Projet d'accueil individualisé (si besoin de prise de traitement pharmacologique sur le temps scolaire),
* **PPRE** : programme personnalisé de réussite éducative,
* **PPS** : projet personnalisé de scolarisation, **notifié dans ce cas par la MDPH** (nécessaire par exemple pour l'obtention d'une aide humaine, d'un ordinateur).

Les PAP et PAI permettent des aménagements sans notification par la MDPH ; ils sont validés par le médecin scolaire.

Le PPRE est mis en place par l'équipe pédagogique.

Le PPS nécessite une **notification de la MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées). La constitution d'un dossier MDPH nécessite la rédaction d'un certificat médical argumenté décrivant le fonctionnement de l'enfant en termes d'incapacités.

Pour les enfants souffrant de TDAH, des **conseils simples visent à limiter distractibilité et fatigabilité cognitive** : placer l'enfant devant, proche du tableau, loin d'une fenêtre, seul, fractionner par petits temps les moments d'exercices, faire des pauses très régulièrement, donner une seule consigne à la fois, alléger son emploi du temps, lui proposer un environnement structuré et stimulant…

Pour les enfants présentant un TOP ou un TC, il faut être **vigilant à leur intégration sociale** dans des groupes d'enfants pro-sociaux, plutôt que problématiques.

Si la scolarité n'est plus possible en milieu ordinaire : **orientation en ITEP** (Institut thérapeutique éducatif et pédagogique) pour une prise en charge globale, alliant scolarité très aménagée et prise en charge éducative, psychothérapeutique, voire familiale. Il s'agit d'une **orientation notifiée par la MDPH**.

Ce sont les parents qui déposent le dossier, avec un certificat médical précisant le diagnostic et justifiant la demande.

6.2. Traitements pharmacologiques

6.2.1. Traitements pharmacologiques pour les troubles du comportement

Ils doivent être utilisés en 2e intention, couplés à une prise en charge psychothérapeutique, ou en 1re intention dans le cadre de l'urgence et de crise clastique.

Les molécules les plus utilisées sont :

* **rispéridone (Risperdal®)** (dès 5 ans) : l'AMM concerne le traitement à court terme (6 semaines) de l'agressivité persistante des enfants et adolescents ayant un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne,
* **cyamémazine (Tercian®)** (dès 3 ans en gouttes, 6 ans en comprimés).

Le **bilan pré-thérapeutique et la surveillance clinique et biologique** pour les antipsychotiques sont abordés dans l'item 72. Il faudra expliquer à la famille et à l'adolescent le traitement pharmacologique : bénéfices attendus et effets secondaires à surveiller.

6.2.2. Traitement pharmacologique pour le TDAH

Il doit être utilisé en 2e intention. Il s'agit du **méthylphénidate**, psychostimulant dérivé des amphétamines, efficace pour environ 70 % des patients. Il existe des formes à libération immédiate (Ritaline® LI) et des formes à libération prolongée (Ritaline® LP, Quasym®, Concerta®, Medikinet®).

Cf. Item 72, pour **les règles de prescription**.



Les groupes de parents

Le but des groupes de parents est de rompre les interactions négatives (tensions, conflits, reproches et punitions…) qui auto-entretiennent le trouble du comportement de l'enfant (opposition, infraction des règles…), et de développer un sentiment de compétence chez les parents. Selon le modèle des groupes de Barkley : apprentissage cognitif et comportemental pour assouplir/modifier pensées et comportements des parents, avec 10 à 20 personnes, sur des séances d'1 h 30 environ, en plusieurs étapes (information ; analyse du comportement de l'enfant, des attitudes parentales éducatives, de la cohérence et des stress intrafamiliaux ; apprentissage du renforcement positif des comportements adaptés de l'enfant ; apprentissage de la formulation efficace d'une demande adaptée ; apprentissage du retrait de l'enfant de situations excitantes problématiques ; anticipation des problèmes futurs ; apprentissage de la gestion de son enfant dans les lieux publics).

La TCC individuelle avec l'adolescent vise le développement de ses compétences sociales, cognitives, émotionnelles. Ainsi les différents programmes s'adaptent au profil et à l'âge du patient; certains sont centrés sur le développement des comportements prosociaux, d'autres ont pour objectif l'amélioration du contrôle émotionnel et comportemental ou le développement des stratégies de résolution de problème.



Résumé

L'adolescence est un **processus évolutif nécessaire**. Même en période d'adolescence normale certains sujets peuvent présenter des **problèmes de comportement** mais dans ces cas il ne s'agira pas de troubles.

Dans cet item il a été évoqué **3 troubles du comportement (TDAH, le TOP et le TC)**. Il existe d'autres troubles du comportement (tels que le trouble explosif intermittent) qui n'ont pas été évoqués car ils sont trop spécialisés.

Le **TDAH, le TOP et le TC sont les troubles du comportement les plus fréquents**. Leurs **étiologies sont complexes**, faisant intervenir plusieurs facteurs génétiques, environnementaux et individuels. Le **TDAH est considéré comme un trouble neurodéveloppemental tandis que le TOP et le TC sont des troubles du contrôle des impulsions et des conduites**. Ces 3 troubles du comportement **débutent avant la puberté**. Leur présentation clinique évolue avec le temps.

Pour faire le diagnostic de TDAH, il faut un nombre suffisant de symptômes dans les 2 dimensions inattention et hyperactivité/impulsivité.

Pour faire le diagnostic de TOP, il faut la présence d'un comportement défiant, associé à une humeur irritable et un caractère vindicatif.

Pour faire le diagnostic de TC, il faut un nombre suffisant de symptômes dans les dimensions suivantes : agression d'autrui, destruction des biens, vol/mensonge/arnaque, violation des règles.

Les **comorbidités psychiatriques** peuvent être nombreuses ; et il faut bien éliminer les **diagnostics différentiels** cliniquement (en retraçant toute l'histoire développementale), mais aussi par le biais d'évaluations standardisées et d'examens paracliniques complémentaires.

Une **prise en charge précoce et multimodale** permet de prévenir une évolution négative. Cette **prise en charge, coordonnée par un médecin référent** comprend : éducation thérapeutique, psychothérapie/remédiation cognitive/rééducation, guidance parentale, prise en charge sociale, accompagnement de la scolarité, et pharmacologique (antipsychotiques, psychostimulants).

Références pour approfondir

Recommandation de la HAS sur la prise en charge du TDAH (2014).

Nice Clinical Guidelines: Antisocial Behaviour and Conduct disorders.

69

item 69

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

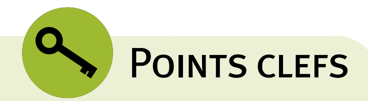


* Diagnostiquer les troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi des troubles des conduites alimentaires.
* Connaître les principales anomalies métaboliques associées à ces désordres et leur prise en charge en aigu.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/69





* Trois troubles du comportement alimentaires (TCA) : anorexie, boulimie et l'hyperphagie boulimie.
* Il est important d'éliminer les causes médicales non-psychiatriques devant tout TCA ainsi que d'évaluer les nombreuses répercussions de tels troubles.
* Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et doivent être recherchées. Le risque suicidaire doit être systématiquement évalué.
* Les critères d'hospitalisation, notamment pour l'anorexie doivent être connus.
* L'hyperphagie boulimie doit être évoquée chez tous les patients présentant une obésité.

1. Introduction

L'alimentation appartient aux fonctions instinctuelles des mammifères et est indispensable à leur survie. Les conduites alimentaires sont le versant comportemental des mécanismes de régulation énergétique et nutritionnelle qui assurent l'homéostasie de l'organisme. Ces conduites sont influencées par des facteurs **physiologiques**, **psychologiques**, **comportementaux** (en lien avec l'apprentissage) et **environnementaux** (impact culturel et rôle social de l'alimentation). Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont définis par l'existence de perturbations **significatives** et **durables** de la prise alimentaire. La notion de seuil significatif, pour parler de comportement pathologique, s'établit en tenant compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales.

L'étiopathogénie des TCA est encore mal connue. Ils sont d'origines **multifactorielles** et en lien avec des **facteurs de vulnérabilités** (« terrain » génétique et/ou anomalies biologiques préexistantes), des **facteurs déclenchants** (régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et œstrogènes) et des **facteurs d'entretien** (déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels sur l'environnement, « bénéfices » psychologiques). Les modifications des comportements alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs à des situations dites de stress psychique. Ces mécanismes, initialement bénéfiques, sont rapidement débordés et aboutissent à la mise en place d'un comportement contraignant ayant des effets négatifs. In fine, ces comportements deviennent permanents et aboutissent à de véritables maladies qui peuvent aller jusqu'au décès du patient.

La classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association retient l'existence de 3 grands TCA :

* l'**anorexie mentale** (ou anorexia nervosa) ;
* la **boulimie** (ou bulimia nervosa) ;
* l'**accès hyperphagique** ou hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorder).

Cette classification retient aussi l'existence d'autres troubles dits de l'ingestion d'aliments: **pica, mérycisme, restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments** et les troubles dits **non spécifiques**. Ces formes non caractérisées représentent de 30 à 50 % des TCA.

2. L'Anorexie mentale (ou anorexia nervosa)

2.1. Épidémiologie

Sa prévalence sur la vie est estimée à 0,6 % dans la population adulte caucasienne.

Le sex-ratio est de 1 homme pour 8 femmes.

L'anorexie mentale commence dans 84-87 % des cas entre 15 et 25 ans.

La mortalité est estimée à 1 % par an.

L'évolution se fait pour la moitié environ vers la rémission complète, 30 % vers la rémission partielle et entre 20 et 30 % vers une forme chronique ou le décès.

2.2. Sémiologie psychiatrique

Critères DSM-5	
* **Restriction** des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un **poids significativement bas**, * **Peur intense de prendre du poids et de devenir gros**, malgré une insuffisance pondérale, * **Altération de la perception du poids ou de la forme** de son propre corps (dysmorphophobie), **faible estime de soi** (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la **gravité** de la maigreur actuelle.	
TYPE RESTRICTIF Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le **régime**, le **jeûne** et/ou l'**exercice physique excessif**.	TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF Au cours des 3 derniers mois : présence de **crises d'hyperphagie** récurrentes et/ou a recouru à des **vomissements provoqués** ou à des **comportements purgatifs**.

Éléments cliniques	
Début	* Surtout chez les **adolescentes**, avec quelques groupes à risques (sportifs, mannequins, danseurs…). * Débute souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la **puberté**. * Mode d'entrée fréquent sous la forme d'un **régime restrictif** (du fait d'un léger surpoids prémorbide).
Perte de poids	* Plus ou moins rapide, **banalisée** par la patiente. * Associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'**absence de fatigue**, d'**euphorie** voire de **toute puissance**. * Aboutit à l'**effacement des aspects sexués** du corps ainsi qu'à des troubles trophiques (altération des phanères, hypertrichose, lanugo, acrocyanose et œdèmes carentiels). * Responsable d'une **hypotension**, d'une **bradycardie** et d'une **hypothermie**.
Restrictions	* Survenue progressive, **quantitative** (calories) et **qualitative** (aliments gras et sucrés surtout). * Restrictions **sélectives** avec des évitements initialement sur les aliments caloriques (gâteaux, pâtisseries, beurre, crème…) puis sur les viandes, les féculents… Elles aboutissent à des **règles inflexibles**.

Autres stratégies de contrôle du poids	* **Vomissements provoqués** : la plus fréquente des stratégies de contrôle * **Prises de laxatifs**, fréquentes, pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et hypokaliémie (+/ – mélanose colique). * **Prises de diurétiques, coupe-faim, hormones thyroïdiennes ou dérivés des amphétamines.** * **Potomanie** : consommation excessive et souvent compulsive, de liquide, non calorique. Cela peut aboutir à des hyponatrémies avec risque de convulsions et de coma. * **Hyperactivité physique, expositions accrues au froid.**
Distorsions cognitives	* **Absence de conscience du trouble** (insight). * **Perturbation de l'image du corps** : les sujets se ressentent trop gros malgré un poids en dessous de la normale. * Envahissement et **préoccupations excessives** autour du poids et de l'alimentation. * **Croyances erronées** sur le fonctionnement digestif et les aliments. * **Évitement alimentaire**, induit par le désir de perte de poids, mais aussi par des distorsions cognitives (aliments contaminants, nocifs…). * **Anomalies neuropsychologiques** des fonctions exécutives (surtout caractérisées par une altération de la flexibilité cognitive).
Aménorrhée	* Peut être **primaire** ou **secondaire** et est dû à un panhypopituitarisme d'origine hypothalamique avec une infertilité associée. * Parfois absente au début du trouble, sa présence est un **facteur de gravité**.
Traits associés	* **Traits obsessionnels fréquents** (perfectionnisme, ascétisme, perte de flexibilité, recherche de contrôle). * **Surinvestissement intellectuel**, au détriment des autres champs relationnels et affectifs. * **Altération de la sexualité** : désinvestie ou à l'inverse hyperactive, souvent conséquence de la dénutrition.
Retentissement	* **Ostéoporose** (carences en vitamine D et hypercatabolisme osseux lié à la carence œstrogénique). * **Amyotrophie.** * **Œdèmes** (10 %, surtout dans la forme boulimique). * **Troubles hydroélectrolytiques** : hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie. * **Insuffisance rénale fonctionnelle.** * **Hypoglycémie**, avec malaise et perte de connaissance. * **Anémie carentielle** (Fer, B9, B12…), retrouvée dans environ 15 % des cas. * **Thrombopénie**, **leucopénie** et **lymphopénie** (avec risque d'infection plus important). * **Atteintes cardiovasculaires** : troubles du rythme à chercher systématiquement, cause majeure de surmortalité, hypotension. * **Troubles digestifs** avec brûlures œsophagiennes, retard à la vidange gastrique, hypertrophie des glandes salivaires (mâchoires carrées), érosions dentaires (surtout en cas de vomissements provoqués).
Formes spécifiques	* **Chez l'homme** : plus rare et de plus mauvais pronostic. * **Forme prépubère** : Il existe un risque de retard staturo-pondéral (qui peut être prévenu par hormone de croissance) et d'aménorrhée primaire.

2.3. Diagnostics différentiels et comorbidités

2.3.1. Diagnostics différentiels

* Certaines **tumeurs cérébrales** telles les tumeurs du tronc cérébral ou les craniopharyngiomes (scanner et IRM) ;
* certaines hémopathies telles que les **leucémies** (NFS) ;
* maladies du tractus digestif, telles la maladie de **Crohn** (NFS, VS, endoscopie), l'**achalasie de l'œsophage** (transit œsophagien baryté, endoscopie) ;
* **hyperthyroïdie** (TSH, T3, T4) ;
* **diabète** insulinodépendant (Glycémie, Auto Anticorps) ;
* **panhypopituitarisme**, maladie d'Addison (clinique et dosage des hormones de l'axe corticotrope) ;
* **trouble obsessionnel compulsif** (attention, il s'agit aussi d'une comorbidité fréquente) ;
* trouble psychotique chronique et notamment **schizophrénie** (idée délirante d'empoisonnement, forme hébéphrène…) ;
* **phobies alimentaires**, autres **TCA** ou de l'**ingestion d'aliments** ;
* **Épisodes dépressifs caractérisés**.

2.3.2. Comorbidités psychiatriques

Ils sont plutôt la règle que l'exception et doivent donc être systématiquement recherchés.

* **Épisodes dépressifs caractérisés** : très fréquents dans le parcours de l'anorexie mentale et qui augmente le risque suicidaire ;
* **troubles obsessionnels et compulsifs** (TOC) surtout, autour de rituels de rangement, vérification et lavage ;
* **phobie sociale** ;
* **trouble anxieux généralisé** ;
* **personnalité borderline ou état limite** (avec comportements d'auto-mutilation, tentatives de suicide) ;
* **troubles addictifs** : peu d'alcool, surtout abus et/ou une dépendance aux psychotropes, plutôt de type psychostimulant.

2.4. Le pronostic et l'évolution

2.4.1. Évolution spontanée

La **mortalité** (par suicide ou liée aux complications de la cachexie), est **une des plus élevées** des troubles mentaux.

L'évolution se fait souvent vers la **chronicité** ou l'**enkystement** du trouble.

Cependant, il existe aussi des **rémissions spontanées**, souvent dans les formes de l'adolescence (début précoce).

Si la précocité du trouble est de bon pronostic, son ancienneté de l'est pas, d'où l'importance d'une prise en charge **la plus précoce possible**.

2.4.2. Évolution sous traitement

L'évolution peut être considérée comme **favorable** (rémission partielle ou totale) **dans 50 % des cas** si l'on considère uniquement la triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée). Ce taux chute à 30 % si l'on considère l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale.

Le passage à la **chronicité** correspond à **30 % des cas** au-delà de 5 ans, et 20 à 30 % des patients continuent à être atteints 10 ans plus tard.

Les **rechutes** sont **fréquentes** (30-50 % de rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation).

L'évolution est généralement marquée par des fluctuations pondérales ainsi que la **succession** d'épisodes anorexiques, avec ou sans épisodes boulimiques et le **passage d'une forme à l'autre**.

La **mortalité** est de **5-10 %** dans les 10 ans suivant le premier épisode diagnostiqué. Le décès est le plus souvent dû à un arrêt cardiaque par troubles de la conduction, un déséquilibre métabolique, des complications infectieuses, pulmonaires ou septicémiques ou un suicide.

2.5. Prise en charge de l'anorexie mentale

2.5.1. Intérêt de la prise en charge précoce

Le dépistage et la prise en charge du trouble doivent être les plus précoces possible. L'objectif est de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications médicales, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescents.

2.5.2. Principes et objectifs de la prise en charge

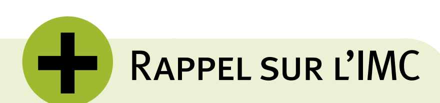
La prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, doit toujours être **multidisciplinaire** (reposant sur un partenariat psychiatre/non-psychiatre), **ininterrompue** (programmation des relais, synthèse entre les équipes…) et **prolongée** (un an après la rémission au minimum).

Il est recommandé que la prise en charge initiale s'effectue en **ambulatoire**, sauf en cas d'urgence médicale (non-psychiatrique ou psychiatrique) et que **l'entourage y soit associé**.

L'évaluation doit être globale sur l'état clinique général : physique, nutritionnel et psychiatrique ; incluant aussi l'évaluation du fonctionnement familial et du cadre social. Elle doit rechercher les **signes de gravité**, en particulier ceux justifiant une **hospitalisation** (cf. 2.5.4 « Quand hospitaliser ? »).

Les objectifs pondéraux, nutritionnels et psychothérapeutiques doivent être fixés **individuellement** (cf. ci-dessous dans la prise en charge). La prise en charge est souvent **contractualisée** (par exemple, « contrat de poids »).

La famille joue un rôle clé dans le succès de la prise en charge et doit être le plus possible associée aux décisions thérapeutiques. Une vigilance toute particulière doit lui être portée afin de les aider à comprendre et supporter la maladie de leur proche.



IMC = Indice de Masse Corporel = Poids (kg) / Taille² (en m).

IMC	Interprétation
moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
plus de 40	Obésité morbide

2.5.3. Bilan clinique et paraclinique

Anamnestique	* **Antécédents** médicaux (y compris psychiatriques). * **Histoire pondérale**, pourcentage de perte de poids et cinétique de la perte de poids. * **Restriction** et autres **comportements associés**. * **Comorbidités**. * Evaluation de l'**environnement** social et familial.
Clinique	* **Poids, taille, IMC**, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents. * Évaluation du **stade pubertaire** de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire) et recherche d'une **aménorrhée** (filles) ou d'une **dysfonction érectile** (garçons) chez les pubères. * Fréquence cardiaque, tension artérielle, température. * Signes de déshydratation. * État cutané et des phanères (dont auto-mutilations), œdèmes, acrosyndrome. * Examen général à la recherche de **complications** musculaires, neurologiques et endocriniennes. * Examen clinique **psychiatrique** (état thymique, risque suicidaire, comorbidités…).
Biologique	* NFS, plaquette, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine. * Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. * Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP. * Albumine, préalbumine. * CRP. * TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie.
Paraclinique	* **Électrocardiogramme** (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long). * **Ostéodensitométrie osseuse**. * **Impédancemétrie** (% de masse grasse). * Imagerie cérébrale à discuter.

2.5.4. Quand hospitaliser ?

Les critères d'hospitalisation sont impérativement **à connaître**.

Anamnestiques	* **Perte de poids ≥ 20 % en 3 mois**. * **Malaises**, chutes ou pertes de connaissance. * **Vomissements incoercibles.** * **Échec de la renutrition ambulatoire.** * **Restriction extrême** (refus de manger et/ou boire).
Cliniques	* **Idéations obsédantes** intrusives et permanentes. * **Incapacité à contrôler les comportements compensatoires.** * Nécessité d'une **assistance nutritionnelle** (sonde nasogastrique). * **Amyotrophie** importante avec hypotonie axiale. * **Déshydratation, hypothermie, hypotension artérielle** ou **bradycardie**.
Paracliniques	* Anomalies de **l'ECG**. * **Hypoglycémie.** * **ASAT ou ALAT > 10 N.** * **Troubles hydroélectrolytiques** ou **métaboliques sévères**. * **Insuffisance rénale**. * **Leucopénie** ou **neutrophiles**.
Risque suicidaire	* **Tentative de suicide** ou projet suicidaire précis. * **Automutilations** répétées.
Comorbidités	Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si **sévères** : * dépression, * abus de substances, * anxiété sévère, * symptômes psychotiques, * troubles obsessionnels compulsifs.
Motivation, coopération	* **Échec** de la prise en charge ambulatoire. * Patient peu coopérant aux soins ambulatoires.
CRITÈRES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX	
Disponibilité de l'entourage	* **Problèmes familiaux** ou absence de famille. * **Épuisement** de l'entourage.
Stress environnemental	* Critiques environnementales élevées. * **Isolement social** sévère.
Disponibilité des soins	* **Pas de traitement ambulatoire possible** (manque de structures...).

2.5.5. Aspect psychothérapeutique de la prise en charge

Cet aspect de la prise en charge vise à :

* **favoriser l'adhésion aux soins** et l'alliance thérapeutique ;
* comprendre et **accepter** la nécessité de **la renutrition** ;
* réintroduire la notion de **plaisir dans l'alimentation** ;

* **corriger les distorsions cognitives** et les attitudes dysfonctionnelles ;
* **renforcer le « moi »** (estime, image et affirmation de soi) ;
* améliorer les relations **interpersonnelles** (sociales et familiales) ;
* traiter les éventuelles **comorbidités psychiatriques** ;
* en cas d'antécédent d'**abus sexuel**, une approche adaptée est à envisager.

La prise en charge psychothérapeutique doit être adaptée à l'état médical général, aux capacités et aux souhaits du patient. Les structures spécialisées de type « hôpital de jour » facilitent la prise en charge qui est d'autant plus efficace qu'elle est multiple (nutritionnelle, cognitive, psychiatrique, groupes d'échanges, relaxation…).

Les psychothérapies envisageables (seules ou en association) sont :

* la **thérapie familiale**, seule approche ayant été réellement validée dans la prise en charge de cette maladie, surtout chez l'enfant et l'adolescent ;
* la **thérapie cognitivo-comportementale** (TCC) qui est un moyen efficace de traitement de l'anorexie mentale et qui a fait la preuve de son efficacité au sein d'études randomisées. Cette thérapie vise à identifier et corriger les pensées erronées concernant l'alimentation, les comportements et les perceptions corporelles. Elle peut être réalisée en séance individuelle, en groupe, en atelier (« atelier repas »), etc ;
* les autres approches comme les **entretiens motivationnels** (surtout en début de prise en charge), la **psychothérapie de soutien**, les **thérapies familiales** (recommandées pour les enfants et adolescents) ou **systémiques**, les **thérapies d'inspiration psychanalytique** et, en association, les approches à **médiation corporelle** (sophrologie, relaxation, psychomotricité, art-thérapie…).

Il est recommandé que la psychothérapie choisie se maintienne **au moins 1 an après une amélioration clinique significative**.

2.5.6. Prise en charge pharmacologique

Il n'existe **pas de traitement pharmacologique spécifique** de l'anorexie mentale. L'utilisation des psychotropes doit par ailleurs être prudente chez le patient souffrant d'anorexie du fait de leurs effets indésirables (allongement du QT). Ils sont surtout utilisés pour traiter les comorbidités. Ils ne sont jamais un axe de traitement au long terme.

Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des **syndromes spécifiques concomitants** (troubles dépressifs, anxieux, TOC) s'ils dominent le tableau, **s'ils ne sont pas améliorés par la reprise pondérale** ou s'ils sont secondaires à celle-ci.

2.5.7. Aspect nutritionnel de la prise en charge

Le travail diététique et nutritionnel a pour objectif initial (Phase 1) la **renutrition**, c'est-à-dire l'obtention et le maintien d'un poids (ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents) et d'un statut nutritionnel adaptés. **Elle doit être prudente et progressive, afin d'éviter les complications de la renutrition (Syndrome de Renutrition Inapproprié**, SRI) : cytolyse hépatique, rétention hydrosodée et états hyperosmolaires, troubles de l'hémostase, hypophosphorémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, dysglycémie, carences vitaminiques, insuffisance cardiaque avec risque de trouble du rythme cardiaque). Lors de cette phase il est parfois nécessaire de recourir à une assistance nutritive, sous la forme d'une nutrition entérale discontinue d'appoint par sonde nasogastrique, voire d'une hospitalisation en réanimation (renutrition de patients avec IMC particulièrement bas).

L'approche nutritionnelle vise ensuite (Phase 2) à assurer la **rééducation nutritionnelle et diététique**, c'est-à-dire l'obtention d'une alimentation qualitativement et quantitativement correcte et des comportements adaptés. Cette phase doit permettre la réintroduction d'une souplesse dans l'alimentation et de retrouver son caractère hédonique et sociable.

Sur le plan pondéral, l'objectif doit toujours être **progressif et discuté** avec le patient. Initialement, celui-ci peut être limité à l'arrêt de la perte pondérale. L'objectif pondéral est déterminé en fonction de l'âge, des antécédents pondéraux et du poids permettant de restaurer le fonctionnement de l'axe hypotalamo hypophysaire. En phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire est un objectif acceptable. La surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée en début de reprise.

2.5.8. Prise en charge à moyen et long terme

L'hospitalisation ou la renutrition initiale ne sont que la première étape de la prise en charge. Il convient de prêter une attention toute particulière au suivi des patients souffrant d'anorexie mentale. Le contrôle du poids, de l'état nutritif, de l'état clinique doit être régulier et prolongé. Ce suivi vise à **prévenir et dépister la rechute**, mais aussi à repérer l'apparition de **complications dépressives** ou **anxieuses** (souvent secondaire à la reprise pondérale).

La mise en place d'un étayage non médical peut aussi être très utile : association de malades ou de familles de malades, groupe de soutien…

3. Boulimie (ou bulimia nervosa)

3.1. Épidémiologie

Concernant la boulimie, sa prévalence sur la vie est estimée autour de 1-1,5 %.

Le sex-ratio est de 1/3 (prévalence de 1,5 % chez les femmes contre 0,5 % chez les hommes).

L'incidence de la boulimie est la plus forte dans la tranche d'âge 10-19 ans et serait environ 2,5 fois plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale.

Les patients souffrant de boulimie consultent peu (seulement 12 % en parleraient à un médecin généraliste et la moitié aurait recours à un psychiatre).

3.2. Sémiologie psychiatrique

Critères DSM-5	
* Survenue d'**épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée**. C'est-à-dire : - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h), - associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter. * Mise en œuvre de **comportements compensatoires** visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif). * Avec une fréquence moyenne d'au moins **1 fois par semaine durant au moins 3 mois**. * L'**estime de soi** est perturbée de manière excessive par **la forme du corps et le poids**. * Le trouble **ne survient pas exclusivement** au cours d'une période d'anorexie mentale.	
Éléments cliniques	
Début	* Surtout chez la femme jeune de **bon niveau intellectuel et/ou social**. * Débute souvent dans les suites d'un **régime restrictif et/ou à la suite de vomissements**. * Peut aussi débuter secondairement à un **traumatisme ou une perte**.

La crise de boulimie	* Débute par un **phénomène de « craving »**, c'est-à-dire une compulsion irrépressible et angoissante de faim. * Ce qui conduit à l'absorption d'une quantité **anormalement élevée et rapide**, très difficile à contrôler. * Les aliments consommés sont **principalement hypercaloriques** (gras et sucrés), mais tous types d'aliments peuvent être consommés. * Le patient termine le plus souvent sa crise par un **vomissement provoqué** avec sensation de **soulagement** (lutte contre la prise de poids, et pesanteur gastrique) auquel s'associe souvent une **fatigue intense** avec somnolence. * Il existe, parfois dès le début de la crise ou même avant, un **sentiment intense et douloureux de culpabilité**. * Le patient a **conscience de son trouble** et en **souffre**.
Stratégies de contrôle du poids	* **Vomissements provoqués** : la plus fréquente des stratégies de contrôle, non systématique. Ils sont généralement cachés et en lien avec la peur de la prise de poids dans les suites des crises. * **Consommations de laxatifs** pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et une hypokaliémie. * **Prises de diurétiques**. * **Restriction alimentaire « inter-crise »**, visant à compenser les apports caloriques des crises (mais attention, la boulimie est à poids normal !). * On observe très souvent des **fluctuations pondérales rapides** de l'ordre de 2 à 5 kg par semaine.
Distorsions cognitives	* **Trouble de l'image du corps** avec préoccupations concernant le poids et les formes corporelles. * **Envahissement** et **peur excessive** de prendre du poids. * Phénomène de **renforcement négatif** lié à la **culpabilité**.
Dysménorrhée	* Dysménorrhée secondaire ou troubles des cycles menstruels possibles, **même si la patiente est normopondérée**. Peuvent exceptionnellement être observées une aménorrhée secondaire et une ostéoporose.
Traits associés	* **Symptômes anxio-dépressifs**, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. * Les **tentatives de suicide** sont **fréquentes**. * Possible association avec des **troubles addictifs** et des **troubles du contrôle des impulsions** (auto-mutilations, kleptomanie…). * Trouble de la personnalité de type **borderline**. * Forte **impulsivité** et difficultés dans la gestion des émotions. * **Dysfonction sexuelle**.
Retentissement	* **Syndrome pseudo-occlusif**. * **Hypertrophie des glandes salivaires**, érosions dentaires, **œsophagites peptiques** et syndrome de Malory Weiss. * **Prise de poids** (voire exceptionnellement obésité). * Mauvais états nutritionnels, voire **dénutrition**. * **Ostéoporose**, notamment si aménorrhée. * Ingestion de corps étrangers au cours des vomissements provoqués. * **Troubles hydroélectrolytiques** (hyponatrémie, **hypokaliémie**, hypocalcémie). * **Insuffisance rénale fonctionnelle** et œdème, surtout associés aux vomissements.

3.3. Diagnostics différentiels et comorbidités

3.3.1. Diagnostics différentiels

* Certaines **tumeurs cérébrales** et formes **d'épilepsies** ;
* **syndrome de Klein Levin** (associant hypersomnie périodique et hyperphagie) ;
* **syndrome de Klüver-Bucy** (agnosie visuelle, hyperoralité, hypersexualité et hyperphagie) ;
* épisode dépressif **caractérisé** ;
* trouble de la personnalité de type **borderline** (fréquemment comorbide) ;
* **hyperphagie boulimique** (ou Binge Eating Disorder, BED), qui souffre aussi d'épisode de frénésie alimentaire, **mais sans comportement compensateur, d'où l'association systématique avec une obésité** ;
* **anorexie mentale** de type **accès hyperphagiques/purgatif**.

3.3.2. Comorbidités et risques suicidaires

* **Troubles addictifs** dans 30 à 40 % des cas (alcool, tabac, médicaments anxiolytiques) ;
* épisode dépressif **caractérisé**, très fréquent, et **trouble bipolaire,** plus rarement ;
* personnalité **borderline ou état limite** (avec comportements auto-agressifs et tentatives de suicide) ;
* **troubles anxieux** et **phobie sociale**.

3.4. Le pronostic et l'évolution

Il semblerait que son évolution soit **plus rapidement résolutive** que l'anorexie mentale.

Au long cours et avec une prise en charge adaptée, un taux de **rémission** à 12 ans de **70 %** a pu être observé.

Le taux de **mortalité** est estimé à **2 %** par tranche de 10 ans.

3.5. Prise en charge de la boulimie

3.5.1. Intérêt de la prise en charge précoce

Le dépistage et la prise en charge précoces de la boulimie sont difficiles. En effet ce trouble est souvent caché et il existe un **retard diagnostique important**.

Le patient peut souvent consulter pour une dysménorrhée, pour un désir de perte de poids (alors qu'il est de poids normal), pour des troubles du sommeil, ou pour instabilité de l'humeur.

Il est indispensable d'offrir un **cadre d'écoute empathique**. L'utilisation de questions ouvertes concernant la nourriture et le poids peut offrir l'occasion au patient d'exprimer ses symptômes.

3.5.2. Principes et objectifs de la prise en charge

Les principes et objectifs de la prise en charge de la boulimie ont des points communs avec ceux de l'anorexie mentale :

* fondée idéalement sur le **couple psychiatre/non-psychiatre** ;
* en premier lieu **ambulatoire**, si critère de gravité ou échec : hospitalisation, de jour ou temps plein ;
* la prise en charge doit être prolongée et associée à des **évaluations régulières**. Si possible, elle doit **associer les proches**.

Les prises en charge psychothérapeutiques validées pour la boulimie sont plus nombreuses et mieux validées (cf. infra).

Les objectifs comportementaux et psychothérapeutiques doivent être définis **individuellement** pour chaque patient.

3.5.3. Bilan clinique et paraclinique

Anamnestique	* **Antécédents** médicaux. * **Histoire pondérale**, fréquence et **intensité des fluctuations**. * Évaluation **quantitative** et **qualitative** des crises (carnet alimentaire). * Recherche des **comportements compensatoires** associés. * **Comorbidités** à rechercher. * Évaluation de **l'environnement social** et **familial**.
Clinique	* **Poids, taille, IMC**, courbe de croissance pour enfant et adolescent. * Évaluation du **stade pubertaire** de Tanner chez l'adolescent. * **Fréquence cardiaque, tension artérielle, température.** * Signes de **déshydratation**. * État cutané : **cicatrices d'auto-mutilations, œdèmes**... * Recherche d'une **hypertrophie parotidienne, état buccodentaire**... * État thymique, **risque suicidaire, comorbidités avec les troubles addictifs**...
Biologique	* NFS, Plaquette, TP, TCA. * Ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine. * Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. * Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP. * Protidémie, albumine, préalbumine. * CRP. * TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie. * Recherche de toxiques sang et urines au moindre doute.
Paraclinique	* **Électrocardiogramme** (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long). * **Ostéodensitométrie osseuse**. * Imagerie cérébrale à discuter.

3.5.4. Quand hospitaliser ?

Les critères d'hospitalisation dans le cadre la boulimie ne sont pas aussi clairement définis que dans l'anorexie.

Anamnestiques	* **Modification brutale** du poids ou cassure de la courbe de croissance. * **Sévérité des crises** et **fréquence élevée** (> 8/sem). * **Échec** de la stratégie ambulatoire. * **Conduite compensatoire mettant en danger la vie du patient**.
Cliniques	* **État de mal boulimique**. * Signes cliniques de **dénutrition**. * **Hypotension artérielle** ou **trouble du rythme cardiaque**. * **Incapacité à contrôler les crises** qui deviennent pluriquotidiennes. * **Incapacité à contrôler les comportements compensatoires** (activité physique ou vomissements).
Paracliniques	* **Anomalies de l'ECG**. * **Atteinte hépatique sévère**. * **Troubles hydroélectrolytiques** ou **métaboliques sévères**. * **Insuffisance rénale** et **déshydratation**.

Risque suicidaire	* **Tentative de suicide** ou projet suicidaire explicite. * **Automutilations répétées.**
Comorbidités	* Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévère : - dépression, - abus de substances et trouble des conduites, - anxiété sévère, - symptômes psychotiques.
Critères environnementaux et sociaux	
Disponibilité de l'entourage	- Problèmes familiaux ou absence de famille. - Épuisement de l'entourage.
Stress environnemental	- Critiques environnementales élevées. - Isolement social sévère.

3.5.5. Aspect psychothérapeutique de la prise en charge

Les objectifs et aspects de la prise en charge sont les mêmes que dans l'anorexie avec en plus le repérage des signes annonciateurs de la crise et les techniques pour y remédier (désamorçage).

Les psychothérapies envisageables sont :

* la **thérapie cognitivo comportementale** (TCC), qui a démontré son efficacité, bien que partielle (30-40 % de rémission), dans ce trouble. L'utilisation des **observations comportementales** (carnet alimentaire) et des **crises induites** sont utiles dans cette prise en charge ;
* l'éducation thérapeutique et l'affirmation de soi ;
* les autres approches comme les **entretiens motivationnels** (surtout en début de prise en charge), la **psychothérapie de soutien**, les **thérapies d'inspiration psychanalytique** et la **thérapie familiale** chez les enfants et les adolescents.

Les programmes d'**auto-assistance** (self-help) regroupent un ensemble d'outils (livres, site internet…) qui vont permettre au patient d'**augmenter ses connaissances** par rapport à son trouble et lui apporter des **compétences** et des **outils** pour diminuer les symptômes voire les faire disparaître. Ces programmes sont bien validés dans la **boulimie** et **l'hyperphagie boulimique**.

Les comorbidités psychiatriques doivent bénéficier d'un traitement spécifique si besoin.

3.5.6. Prise en charge pharmacologique

Un **traitement par antidépresseur ISRS** (fluoxetine Prozac® à une **dose plus élevée** que dans la dépression) est efficace dans la prise en charge des patients présentant une boulimie. L'association de la fluoxetine à la TCC n'a pas démontré de supériorité par rapport à la TCC seule.

3.5.7. Aspect nutritionnel de la prise en charge

Le patient souffrant de boulimie doit bénéficier d'un **suivi régulier** par un médecin afin de prendre en charge d'éventuelles **complications**, notamment sur le **plan digestif** (œsophagite), **dentaire**, **cardiovasculaire**, **rénal** (hypokaliémie) et **endocrinien** (œstroprogestatifs).

Le travail **diététique** et **nutritionnel** est paradoxalement assez proche de celui effectué dans l'anorexie. Si besoin, il peut commencer par une phase de renutrition. L'approche nutritionnelle vise ensuite à **réapprendre à s'alimenter selon des schémas réguliers** avec une alimentation **diversifiée** et **suffisante**. Il convient aussi de réapprendre la modération alimentaire (pondération). Cette prise en charge doit permettre de retrouver le caractère hédonique et sociable de l'alimentation.

3.6. Prise en charge à moyen et long terme

Le contrôle du poids, de l'état nutritif, de l'état médical général et psychologique doit être **régulier et prolongé**. Ce suivi vise à **prévenir et dépister la rechute**, mais aussi à repérer l'apparition de complications dépressives, anxieuses ou addictologie souvent démasquée ou secondaire après la prise en charge initiale du trouble.

La psychothérapie doit être si possible poursuivie de façon prolongée. En effet le risque de rechute est important et en l'absence de prise en charge des facteurs déclenchants et d'entretiens, la rechute est élevée.

La mise en place d'un étayage non médical peut aussi être utile : association de malades ou de familles de malades, groupe de soutien…

4. Accès hyperphagiques ou Hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder)

4.1. Une « nouvelle » entité

L'hyperphagie boulimique a souvent été considérée **comme une forme de boulimie sans conduite compensatoire**. Ce trouble est devenu dans le DSM-5 une entité **à part entière**. Les études les plus récentes tendent à démontrer l'existence de cette maladie en tant qu'entité particulière, avec une **physiopathologie propre**, et dont certaines composantes sont assez proches des addictions.

4.2. Épidémiologie

Sa prévalence sur la vie entière est estimée autour de 3-5 %. Le sex-ratio est moins déséquilibré que pour les autres TCA (environ 1 homme pour 2 femmes). Selon diverses études, près de **30 à 50 % des personnes souffrant d'obésité** souffriraient également d'hyperphagie boulimique. Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique consultent encore moins que dans les autres troubles du comportement alimentaires. Cependant, ces patients consultent plus souvent un généraliste ou un nutritionniste pour les conséquences de leur surpoids : trouble cardiovasculaire, dyslipidémie, DNID, apnée du sommeil… Ces consultations devraient être systématiquement l'objet d'un dépistage de ce trouble.

4.3. Sémiologie psychiatrique

Critère DSM-5
* Survenue d'**épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée**. C'est-à-dire : - prises alimentaires largement **supérieures** à la moyenne, par **exemple** en moins de 2 h. - associées à une impression de **perte de contrôle** des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter. * Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants : - manger beaucoup **plus rapidement** que la normale, - manger jusqu'à éprouver **une sensation pénible de distension abdominale,** - manger de grandes quantités de nourriture **en l'absence d'une sensation physique de faim,** - **manger seul parce que l'on est gêné** de la quantité de nourriture que l'on absorbe, - se sentir **dégoûté de soi-même**, déprimé ou très coupable après avoir mangé. * **Détresse marquée** en lien avec l'existence de cette hyperphagie. * Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins **1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs**. * Le trouble **n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés** comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Éléments cliniques	
Début	* Débute généralement **dans l'enfance**. * **Traumatisme ou abus sexuel** se retrouvent plus souvent dans les antécédents. * Les régimes sont souvent **secondaires** au début des troubles, à l'inverse de l'anorexie mentale ou de la boulimie.
L'accès hyperphagique	* Phénomène de « **craving** » très important, avec sensation de **faim compulsive et irrépressible**. * **Conscience du trouble** avec souffrance psychique importante.
Distorsions cognitives	* « **Illusion de contrôle** », avec comportement rigide d'hypercontrôle, alternant avec des **phases de transgression et de compulsions**. * **Confusion** entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim. * **Renforcement négatif** lié à la culpabilité.
Traits associés	* **Symptômes anxio-dépressifs**, voire comorbidités avec un **trouble anxieux généralisé** ou un **épisode dépressif caractérisé**. * Possible association avec des troubles addictifs et des **troubles du contrôle des impulsions** (auto-mutilations, kleptomanie…). * Troubles de la **personnalité**. * Forte **impulsivité** et difficultés dans la gestion des émotions. * **Dysfonction sexuelle.**
Retentissement	* **Troubles digestifs** : halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation… * **Stéatose hépatique**. * Répercussions indirectes : il faut systématiquement rechercher et prendre en charge toutes les **complications de l'obésité**. * **Mauvais états nutritionnels**, voire **dénutrition**. * **Hypofertilité** voire **infertilité**.

4.4. Diagnostics différentiels et comorbidités

4.4.1. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels sont à peu près les mêmes que pour la boulimie :

* **tumeurs cérébrales**, **épilepsies**, syndrome de Klein Levin et syndrome de Klüver-Bucy, etc. ;
* **boulimie** ;
* **obésité** métabolique ou génétique ;
* **épisode dépressif caractérisé** et troubles bipolaires ;
* **troubles de la personnalité** de type borderline et évitante-dépendante.

4.4.2. Comorbidités et risques suicidaires

Troubles bipolaires et **épisode dépressif caractérisé**.

Troubles anxieux et **phobie sociale**.

Les **troubles addictifs**, mais moins fréquentes que dans la boulimie.

Le **risque suicidaire** semble plus faible que dans les autres TCA, mais n'est pas nul !

4.5. Prise en charge

Le dépistage et la prise en charge **précoces** sont là aussi des éléments clés du succès de la prise en charge. Au vu de la fréquence du trouble en population obèse, le dépistage devrait être **systématique** chez ces patients.

Les bilans, objectifs et principes de la prise en charge de l'hyperphagie boulimique sont aujourd'hui très proches de ceux de la boulimie.

Les **indications d'hospitalisation sont rares** et sont principalement guidées par les complications de l'obésité.

La prise en charge psychothérapeutique n'a que peu d'influence sur le poids des patients. Il convient donc **d'associer si possible**, **une prise en charge nutritionnelle** par un spécialiste formé dans la prise en charge des patients souffrant d'obésité.

La prise en charge pharmacologique n'est pas indiquée en première intention.

5. Autres troubles de l'ingestion d'aliments

5.1. Pica

Définition : Ingestion répétée de **substances non nutritives** pendant au moins **1 mois** (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique…).

Apparaît souvent chez le **jeune enfant** présentant une carence martiale ou en zinc, une négligence, un trouble de l'attachement ou un trouble neurodéveloppemental sévère.

5.2. Mérycisme

Définition : Régurgitations répétées de nourritures pendant une période d'**au moins 1 mois**. Les aliments peuvent être remastiqués, ré-avalés ou recrachés. Touche principalement les enfants de 3 mois à 1 an, plus rarement les adultes.

5.3. Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Définition : Il s'agit d'un manque d'intérêt pour l'alimentation, un évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture (dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins vitaux appropriés, associée à une perte de poids, un déficit nutritionnel, la nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou compléments alimentaires oraux. Contrairement à l'anorexie, il n'y a pas de perturbation de l'image du corps.



Résumé

Les troubles du comportement alimentaires sont à prédominance **féminine** et débutent généralement chez **l'adolescent** et **l'adulte jeune**. Leur origine est **multifactorielle** (génétique, biologique, psychologique, socioculturelle…). Les **comorbidités psychiatriques** sont **nombreuses** et doivent être systématiquement recherchées. **L'ANOREXIE** est caractérisée par la **triade symptomatique** « anorexie, amaigrissement, aménorrhée », quoique ce dernier critère ait disparu des dernières classifications. Plusieurs **stratégies du contrôle du poids** peuvent être associées à la restriction alimentaire (vomissements, laxatifs, diurétiques, hyperactivité physique…). Les répercussions des TCA sont nombreuses et peuvent **mettre en jeu le pronostic vital**. On distingue deux formes : **restrictive pure** et **accès hyperphagique**/**purgative**. La prise en charge doit être **globale** (psychiatrique et non-psychiatrique) et est souvent **longue**. Elle repose sur le **contrat thérapeutique**, la **renutrition** et la **rééducation nutritionnelle** ainsi que la **psychothérapie**. **La BOULIMIE** se caractérise par la **répétition d'accès hyperphagiques** (absorption en un temps limité d'aliments caloriques, provoquant un sentiment de soulagement puis de culpabilité) avec mise en place de **conduites compensatoires** visant à maintenir un poids normal (vomissements provoqués au décours des frénésies alimentaires). L'évolution serait meilleure que dans l'anorexie mentale. Les autres troubles du comportement alimentaire sont moins connus, mais pour autant relativement fréquents et doivent être **dépistés et pris en charge précocement** (notamment l'hyperphagie boulimie).



Références pour approfondir

Treasure J., Claudino A.-M., Zucker N., *Eating Disorders*, Lancet. Feb. 2010, 375(9714), p. 583-593. doi : 10.1016/S0140-6736(09)61748-7.

Recommandation HAS pour l'anorexie mentale : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge



module six

ADDICTOLOGIE

1. Pour comprendre

1.1. Qu'est qu'une addiction ?

L'addiction a été définie en 1990 comme «un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par **l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement** et **sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives**».

Le comportement peut être la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, opiacés, médicaments, etc.), on parle alors dans ce cas de « **trouble lié à l'usage de substances psychoactives** ».

Mais il existe aussi des « **addictions sans substance** » ou « **addictions comportementales** » (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique). *Les troubles du comportement alimentaire peuvent être considérés comme des addictions comportementales, mais ils seront traités à part du chapitre des addictions dans le référentiel.*

Attention, il est possible d'avoir un comportement de consommation de substance psychoactive ou de jeu qui ne réponde pas aux critères de l'addiction.

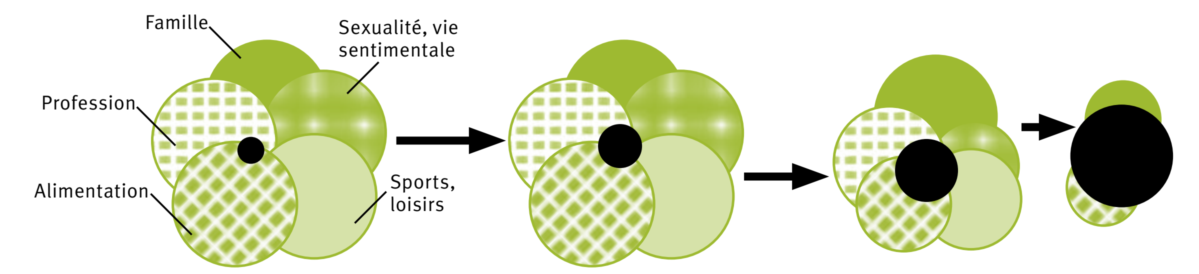


Figure illustrant, ici pour l'usage d'alcool, l'aspect progressivement envahissant d'un trouble addictif sur la vie d'un sujet. Au départ, l'usage d'alcool fait partie de comportements intégrés aux habitudes sociales de l'individu. Au fur et à mesure que le trouble addictif se développe, la perte de contrôle sur le comportement d'usage vient répercuter de manière de plus en plus importante les autres sphères de vie de l'individu. L'usage, et l'augmentation de l'usage, ne caractérisent pas en soi l'addiction. Il faut que des répercussions durables et importantes, en particulier sur le plan social, soient apparues, pour qu'un trouble médical soit défini.

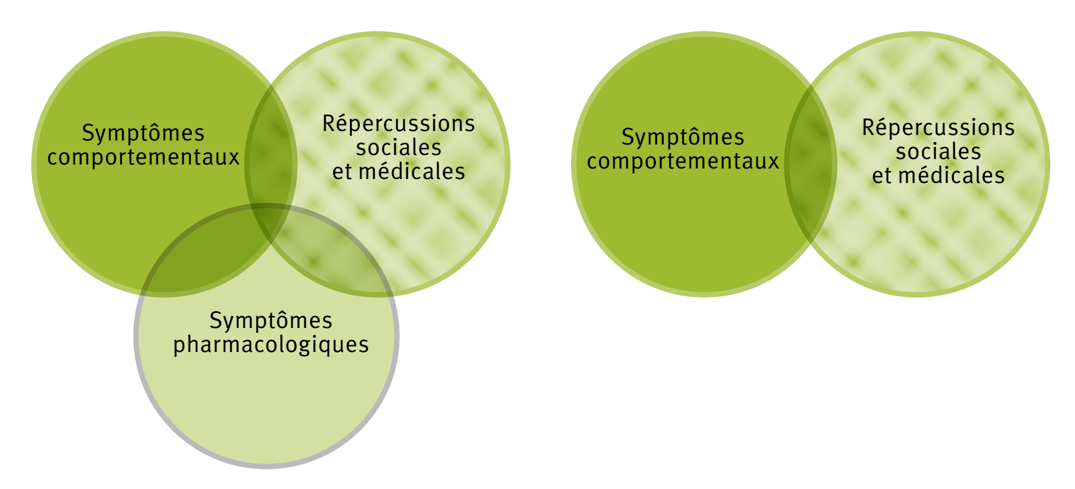
En pratique, on peut séparer trois grands ensembles de symptômes participant aux troubles addictifs :

* un ensemble de **symptômes comportementaux** : il s'agit de l'envahissement progressif de la vie quotidienne du sujet par les comportementaux addictifs, au détriment des autres rituels de vie (familiale, professionnelle, etc.). Ces symptômes regroupent la **perte de contrôle progressive**, **l'impossibilité croissante d'arrêter** ou **de réduire** les comportements addictifs, et **l'envie irrépressible (« craving »)** de réaliser sans cesse les comportements addictifs ;
* un ensemble de **répercussions sociales et/ou médicales** : par définition, les addictions doivent entrainer des **conséquences durables et significatives dans la vie du sujet** pour être qualifiées comme telles. Il existe des **conséquences sociales** qu'on retrouve pour tout type d'addiction (isolement, marginalisation, stigmatisation, perte d'emploi, séparation, problèmes financiers…) ainsi que des **répercussions médicales** qui sont plutôt spécifiques au type de trouble, en particulier lorsqu'il s'agit d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. En effet, l'usage chronique de substances psychoactives a des conséquences médicales propres, en parallèle au processus

addictif lui-même. En pratique, plus la perte de contrôle (symptômes comportementaux) est importante, plus les conséquences psychosociales sont importantes ;

* un ensemble de **symptômes pharmacologiques (propres aux troubles liés à l'usage de substances)** : l'exposition chronique et répétée à une substance psychoactive entraîne des phénomènes d'adaptation cérébrale progressive, menant à l'apparition d'un processus de **tolérance** (perte d'effet à même dose de substance et nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) puis de **sevrage** (survenue d'un syndrome de sevrage spécifique à la classe pharmacologique de la substance). Ces symptômes ne sont ni systématiques, ni nécessaires pour parler d'addiction.

Même si elles sont toutes trois liées, ces dimensions de clinique doivent être considérées spécifiquement pour bien comprendre les troubles addictifs.



Troubles liés à l'usage de substances psychoactives

Addictions comportementales

1.2. Dans le cadre du référentiel

Pour traiter la question de ces différentes addictions, il est essentiel de bien repérer les signes et symptômes cliniques et les syndromes qui y sont rattachés. De plus, le choix a été fait dans le référentiel, de ne pas systématiquement utiliser le DSM-5. Ainsi, pour les troubles liés à l'usage de substances, c'est la Classification internationale des maladies (**CIM-10**) de l'Organisation mondiale de la santé qui est citée. Le DSM-5 sera en revanche gardé pour le détail des critères du jeu pathologique.

Pour les autres addictions comportementales au programme officiel de l'ECNi (addictions sexuelles, achats compulsifs, addiction aux jeux vidéo sur internet, addiction à l'exercice physique), les critères nosographiques sont encore en débat, et ces troubles n'existent ni dans la CIM-10, ni dans le DSM-5. Il a été décidé de proposer pour ces troubles un cadre nosologique unique. Il s'agit des critères d'Aviel Goodman, publiés en 1990, qui font relativement consensus au niveau international.

Dans la dernière partie de ce chapitre introductif, les structures de prise en charge en addictologie seront présentées.

2. Usage, mésusage, et troubles liés à l'usage de substances psychoactives

On distingue trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives : le non-usage, l'usage simple et le mésusage.

Non-usage	Absence de consommation
Usage simple	Consommation usuelle d'une substance (alcool) ou réalisation d'un comportement sans qu'il ne présente de caractère pathologique. Modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou des envies, des effets négatifs, de la disponibilité de la substance **ATTENTION : L'usage simple n'est défini que pour l'alcool**
Mésusage	Toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance. **Pour toutes les substances psychoactives décrites plus loin à l'exception de l'alcool et des médicaments, tout usage correspond à un mésusage**

Parmi le mésusage, on distingue : l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance.

* **L'usage à risque** correspond à des niveaux de consommation qui exposent à des risques de complications, soit secondaires à la consommation aiguë (accidents ou violence avec l'alcool, syndrome coronarien aigu avec la cocaïne, coma ou décès avec l'héroïne), soit secondaires à la consommation chronique (complications somatiques, psychologiques, sociales, passage à la dépendance), mais ces complications ne sont pas encore présentes (et ne le seront peut-être jamais) ;
* **l'usage nocif** ou « utilisation nocive pour la santé » se caractérise par la consommation répétée induisant des dommages médicaux (psychiatriques, somatiques) ou sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement proche ou éloigné sans atteindre les critères de la dépendance et dont le caractère pathologique est défini à la fois par la répétition de la consommation et le constat des dommages induits ;
* **la dépendance** se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer (perte de contrôle de l'usage).

Usage nocif et dépendance constituent les deux types de **troubles liés à l'usage de substance**. Ce sont les deux diagnostics de la CIM-10 pour les troubles addictifs liés aux substances. Au contraire, l'usage à risque n'est pas un diagnostic de la CIM-10. Il ne constitue pas un « trouble » médical mais plutôt un facteur de risque. L'usage à risque est en effet défini par l'OMS comme état prémorbide avant l'apparition des premières conséquences. Il est donc important de repérer ce type d'usage sur le plan médical, car ce mode de consommation est par définition susceptible d'induire à plus ou moins long terme des dommages pour l'individu ou pour son environnement.

Les objectifs de prise en charge visent idéalement à un **arrêt durable du mésusage.** Pour toutes les substances en dehors de l'alcool, l'arrêt du mésusage équivaut à un **arrêt de l'usage**, car il n'existe pas d' « usage simple » défini en dehors de l'alcool. Par exemple, tout usage, même rare, de cannabis ou de cocaïne, constitue un mésusage.

Le terme d'arrêt d'usage doit être préféré au terme d'**abstinence**, souvent utilisé en pratique mais connoté moralement et donc stigmatisant pour les patients. Pour l'alcool, la reprise durable d'un usage simple (c'est-à-dire un usage sous les seuils de l'usage à risque d'alcool, voir item 74 « Addiction à l'alcool ») est aussi un objectif idéal de prise en charge qui peut être atteint avec certains patients.

En dehors de ces objectifs idéaux de prise en charge, la **réduction partielle de consommation** est une stratégie qui vise à réduire les niveaux globaux d'usage de substance, et ainsi à **réduire les dommages et les risques médicaux et sociaux** liés au mésusage. Il s'agit d'un type de prise en charge par défaut lorsque l'arrêt complet du mésusage ne peut être obtenu à un moment donné avec un sujet. Néanmoins, ce type de prise en charge peut parfois constituer une étape dans le parcours de soins d'un patient, et permet ainsi de fixer des objectifs thérapeutiques intermédiaires avec le sujet, avant éventuellement d'atteindre plus tard une évolution encore plus positive.

Les deux concepts centraux de la prise en charge addictologique sont de **laisser au maximum le sujet fixer lui-même ses objectifs**, afin de **maintenir au maximum le lien thérapeutique** avec lui.



POUR EN SAVOIR PLUS

La CIM-10 décrit l'usage nocif pour la santé et le syndrome de dépendance.

L'usage nocif pour la santé correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'usage d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives.

La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'usage d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines physiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Le syndrome de dépendance consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'usage d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, selon la CIM-10, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'usage de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'usage) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'usage de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'usage de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

3. Critères du jeu pathologique dans le DSM-5



A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu entrainant des troubles significatifs cliniquement, comme en témoignent quatre (ou plus) des symptômes suivants sur une période de 12 mois :

1. besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré ;
2. agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu ;
3. efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu ;
4. préoccupation par le jeu (ex: préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer) ;
5. joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (ex.: sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété ou de dépression) ;
6. après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se «refaire») ;
7. ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu ;
8. met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu ;
9. compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Critères de rémission :

* début de rémission : critères absents depuis plus de 3 mois mais moins de 12 mois ;
* rémission prolongée/persistante : critères absents depuis plus de 12 mois.

Spécifier la sévérité du trouble :

* léger : présence de 4 ou 5 critères ;
* modéré : présence de 6 ou 7 critères ;
* sévère : présence de 8 ou 9 critères.

4. Critères d'Aviel Goodman



Aviel Goodman (1990) a proposé des critères diagnostiques généraux et transversaux des addictions qui sont utilisés dans ce référentiel pour diagnostiquer les addictions sexuelles, les achats compulsifs, l'addiction aux jeux vidéo sur internet et l'addiction à l'exercice physique.

Quatre critères principaux (A, B, C, D):

A- impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement ;
B- tension croissante avant d'initier le comportement ;
C- plaisir ou soulagement au moment de l'action ;
D- sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;
E. Présence d'au moins **cinq des neuf critères secondaires suivants :**

* préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci ;
* engagement plus intense ou plus long que prévu dans ce comportement ;
* efforts répétés pour réduire ou arrêter ;
* temps considérable passé à réaliser ce comportement ;
* réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement ;
* l'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles ;
* poursuite malgré les problèmes sociaux ;
* tolérance marquée ;
* agitation ou irritabilité s'il est impossible de mettre en œuvre ou de réduire le comportement ;

F. Pendant plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période.

5. Les structures de prise en charge en addictologie

En plus des consultations auprès des médecins généralistes et de la présence d'associations d'entraide, il existe différents types de structures de prise en charge en addictologie.

Des équipes de prévention interviennent :

* auprès des scolaires et étudiants par la sensibilisation, l'information et le développement des compétences psychosociales, dans une démarche d'éducation et de promotion pour la santé ;
* auprès des milieux festifs et auprès des populations vulnérables par la réduction des risques ;
* auprès des entreprises par la formation des personnes relais.

Des **CSAPA** (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) disposent d'équipes pluridisciplinaires composées de médecins, psychologues, professionnels socio-éducatifs. Ils accueillent toute personne en difficulté avec ses consommations (alcool, tabac, cannabis, opiacés et autres) ou ayant une conduite addictive (jeux, internet, etc.) ainsi que leurs proches.

Les **CAARUD** (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) accueillent toute personne en difficulté avec un usage de substances illicites. Ils proposent de l'information, des conseils personnalisés, un soutien dans l'accès aux soins, la mise à disposition de matériel de prévention des risques et de réduction des dommages, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

Les **CJC** (Consultations jeunes consommateurs) s'adressent aux personnes mineures ou jeunes majeures présentant des difficultés en lien avec un comportement avec ou sans substance.

Le dispositif de **prise en charge hospitalière** s'appuie sur différentes structures (l'organisation est plus ou moins complète selon les régions) :

* les consultations d'addictologie ;
* les Équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (**ELSA**) ;
* les structures d'hospitalisation se répartissent selon trois niveaux de complexité :
  - les structures de proximité (niveau I) permettant de réaliser des sevrages simples. Elles comportent une consultation hospitalière d'addictologie et une équipe hospitalière de liaison et parfois des lits d'hospitalisation (souvent situés dans le système de soins généraux) ;
  - les structures de recours (niveau II) sont des services d'addictologie permettant de réaliser des sevrages et des soins résidentiels complexes. Elles comportent une consultation hospitalière d'addictologie, une équipe de liaison, un hôpital de jour et une hospitalisation résidentielle ;
  - les structures hospitalo-universitaires (niveau III) sont des services d'addictologie universitaire (toutes les régions n'en sont pas dotées). C'est un centre régional de ressources et de formation, et un lieu de recherche ;
* les **Soins de suite et de réadaptation addictologique (SSRA)** sont des structures de post-hospitalisation qui ont pour objectif de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

73

item 73

Addiction au tabac

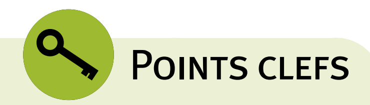
Objectifs pédagogiques

* Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac.
* Indications et principes du sevrage thérapeutique.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Cas cliniques SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/73





L'âge moyen lors de la première cigarette est d'environ 14 ans.
80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires sont liés à l'intoxication tabagique.
La nicotine est le principal agent responsable de la dépendance.
La nicotine n'est pas considérée comme cancérigène.
Les moyens de prise en charge existant sont les psychothérapies, les substituts nicotiniques, la varénicline et le bupropion.
La prise en charge à long terme permet un maintien de l'arrêt de l'usage, une adaptation du traitement médicamenteux et une surveillance régulière du patient.

1. Épidémiologie

En 2014, parmi les **18-75 ans**, 86 % des hommes et 76 % des femmes déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie. L'âge moyen lors de la première cigarette est stable, aux alentours de 14 ans.

La prévalence des fumeurs a augmenté dans la population âgée de **15 à 75 ans**, passant de 32 % en 2005 à 34 % (37 % des hommes et 30 % des femmes) en 2010. 49 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance.

En 2014, il y avait 13,3 millions de consommateurs quotidiens de tabac en France métropolitaine parmi les **11-75 ans**.

L'intoxication tabagique est responsable, dans le monde, d'un décès sur dix (plus de 5 millions de personnes par an). En France, elle représente la première cause de décès évitable avec 73 000 décès prématurés chaque année.

Parmi les personnes âgées de **18 à 75 ans**, 25 % déclarent avoir déjà essayé la cigarette électronique au cours de leur vie. Parmi les fumeurs, ils sont 57 % à l'avoir essayée. L'usage actuel de la cigarette électronique concerne 6 % de l'ensemble des **18-75 ans**, dont la moitié en fait un usage quotidien. 75 % des vapoteurs sont aussi fumeurs réguliers de tabac, 8 % sont des fumeurs occasionnels, 16 % des ex-fumeurs, tandis que 1,5 % d'entre eux n'ont jamais fumé.

La durée de l'intoxication tabagique est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac. Doubler la dose multiplie le risque de cancer par 2, alors que doubler la durée le multiplie par 16 voire 23.

2. Troubles addictologiques liés à l'usage de tabac

2.1. Usage de tabac nocif pour la santé (Critères CIM-10)

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

2.2. Dépendance au tabac (Critères CIM-10)

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

3. Complications des troubles addictologiques liés à l'usage de tabac

3.1. Complications médicales non-psychiatriques

Néoplasiques (L'intoxication tabagique est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers)	* Cancer broncho-pulmonaire (80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires) * Cancer épidermoïde de l'œsophage * Cancer de la vessie * Cancers oro-pharyngés * Cancer du larynx * Cancer du pancréas * Cancer du rein
Pulmonaires	* Broncho-pneumopathie chronique obstructive (15 % des fumeurs) * Emphysème * Bronchite chronique * Insuffisance respiratoire chronique
Cardiovasculaires (L'intoxication tabagique représente la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable et le premier facteur de risque cardiovasculaire de la femme non ménopausée)	* Insuffisance coronarienne : fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde * Artériopathie oblitérante des membres inférieurs * HTA, cardiopathie hypertensive * Anévrisme de l'aorte abdominale * Accident vasculaire cérébral
Dermatologiques	* Augmentation de la sévérité de l'acné * Accélération du vieillissement cutané * Coloration des ongles * Sécheresse cutanée
Autres	* Colorations brunes ou noires des dents * Parodontie * Déchaussement des dents * Polyglobulie, polynucléose * Diminution de la fécondité * Accouchement prématuré * Retard de croissance intra-utérin * Mort fœtale in utero, GEU, fausse couche
Intoxication passive	* Multiplication du risque de cardiopathies ischémiques et de cancer broncho-pulmonaire par 1,3 * Coronaropathie * Otite, asthme chez l'enfant, bronchite

3.2. Complications médicales psychiatriques

Beaucoup de patients atteints de troubles psychiatriques fument, puisqu'on retrouve 82 % de fumeurs chez les patients atteints de schizophrénie et environ 56 % de fumeurs chez les patients atteints de troubles bipolaires de l'humeur.

Avant un sevrage tabagique, il est nécessaire de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, actuelles et sur la vie entière.

Les fumeurs qui ont du mal à arrêter de fumer sont susceptibles de manifester une humeur dépressive.

Les manifestations anxio-dépressives induites par le sevrage durent en général quelques semaines et ne nécessitent en général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les symptômes persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique (psychiatrie). Mais en général, à distance du sevrage tabagique, les anciens fumeurs rapportent une amélioration notable des symptômes anxieux et dépressifs, du niveau de stress, ainsi que de leur qualité de vie.

Le tabac pourrait favoriser le trouble panique en raison de ses effets stimulants.

4. Notions de physiopathologie

Une cigarette contient environ 7 000 composés dont 69 carcinogènes. La nicotine n'est pas considérée comme cancérigène.

La nicotine est le principal agent responsable de **la dépendance**. Lorsque le patient fume, il existe un pic rapide de la concentration plasmatique de nicotine, vraisemblablement responsable de l'effet particulièrement addictogène de la cigarette.

Les goudrons, agents cancérigènes, sont responsables de modifications des cellules épithéliales. Ces cellules peuvent être remplacées peu à peu par des cellules saines après un arrêt précoce du tabac.

Le monoxyde de carbone (CO) est une cause de troubles cardiovasculaires.

Les radicaux libres de la fumée stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire et inhibent les enzymes responsables de sa protection.

Les signes de sevrage apparaissent rapidement après arrêt brutal ou diminution significative de la quantité fumée : humeur dépressive, irritabilité, frustration, colère, insomnie, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, prise de poids.

5. Prévention et prise en charge addictologique

5.1. Stratégies de prévention

Tous les professionnels de santé devraient s'impliquer dans la prévention de l'intoxication tabagique (dès l'âge scolaire) et dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Les stratégies de lutte contre cette intoxication dont disposent les pouvoirs publics sont multiples et peuvent comprendre :

* Une **modification de l'environnement de l'individu** : prix du tabac, accessibilité du tabac, réglementation de son usage, réglementation de sa promotion/publicité, offre de soin et prévention (consultations de sevrage, dispositif Tabac Info Service, patchs nicotiniques accessibles et remboursables), interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ;
* Une **invitation de l'individu à changer son comportement** : information, communication, éducation pour la santé via des campagnes médiatiques, des documents, des actions de terrain ;
* Des **mobilisations collectives** : adaptations organisationnelles, engagement militant, lobbying.

L'arrêt du tabac réduit la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.

Les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac sont un bon niveau socio-économique, une faible consommation de tabac, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de l'intoxication tardif, une durée d'intoxication brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt.

L'objectif de la prise en charge est l'obtention de l'arrêt de l'usage.

5.2. Dépistage

Tous les patients devraient faire l'objet, de manière systématique, d'une évaluation de leur consommation de tabac et faire l'objet d'un suivi de celle-ci.

Le dépistage débute en posant au patient la question : **« fumez-vous ? »** puis en suivant un algorithme décisionnel pouvant déboucher sur la mise en place d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac.

La consommation de tabac est parfois évaluée en Paquets-Année (PA) : nombre de paquets par jour multiplié par le nombre d'années d'intoxication tabagique. Cependant cet index est mauvais. En effet, la durée d'exposition représente un risque beaucoup plus élevé que le nombre de cigarettes consommées par jour.

Si le patient souhaite arrêter, il devra bénéficier d'un temps d'évaluation des croyances et des attentes qu'il a vis-à-vis de ses consommations de tabac et de son arrêt. Il devra également bénéficier d'une évaluation de sa dépendance.

5.3. Modalités de sevrage

5.3.1. Évaluation de la dépendance

Le test de Fagerstöm en 6 questions sera utilisé même si la qualité psychométrique de cet outil est mauvaise.

Les questions n° 1 et n° 4 du test de Fagerström sont les plus utiles pour caractériser l'intoxication tabagique. Ces deux questions composent le questionnaire HSI (Heaviness of Smoking Index).

Le recours aux marqueurs biologiques (taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, taux urinaires et plasmatiques de cotinine) n'est pas indispensable.

Cependant, la mesure du taux de CO dans l'air expiré reflète la consommation tabagique des heures précédentes. Cette mesure est simple à effectuer. Elle peut être utilisée pour vérifier l'arrêt de l'usage chez un patient qui utilise des substituts nicotiniques et pour motiver les patients fumeurs à s'arrêter ou pour renforcer l'arrêt de l'usage.

Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux qui soulagera les symptômes de sevrage, réduira le craving et préviendra les risques de reprise de l'usage de tabac.

À cette évaluation de la dépendance, il faut associer l'évaluation des comorbidités psychiatriques ainsi que l'évaluation des co-addictions.



Le test de Fagerström

Initialement, Karl Fagerstöm avait mis au point en 1978 un questionnaire qui permettait d'évaluer la **tolérance** vis-à-vis de la nicotine. Ce questionnaire, le Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), était composé de huit questions.

En 1991, après le retrait de deux questions, il a été renommé « Fagerström Test of Nicotine Dependance, FTND ». En 2012, alors qu'il n'y a eu aucune modification des questions, il devient le « Fagerström Test of Cigarette Dependance, FTCD » car Karl Fagerström considérait que le test avait essentiellement été développé pour l'évaluation de la consommation de tabac sous forme de cigarettes.

Le score permet de caractériser une population de fumeurs. Cependant, ce test n'a pas été fait pour avoir des seuils et aucun seuil n'a été validé. Il faut également noter que les recommandations américaines ne font pas référence à ce test et qu'il n'y a pas d'algorithme de décision fondé sur ce questionnaire, qui soit validé pour le traitement de la dépendance.

1 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

a/ Dans les 5 minutes	3
b/ 6 à 30 minutes	2
c/ 31 à 60 minutes	1
d/ Plus de 60 minutes	0

2 - Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

a/ Oui	1
b/ Non	0

3 - À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

a/ À la première de la journée	1
b/ À une autre	0

4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

a/ 10 ou moins	0
b/ 11 à 20	1
c/ 21 à 30	2
d/ 31 ou plus	3

5 - Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

a/ Oui	1
b/ Non	0

6 - Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

a/ Oui	1
b/ Non	0

5.3.2. Les traitements pharmacologiques

5.3.2.1. Les substituts nicotiniques

Les traitements de substitution nicotinique (TSN) permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes. Ils ne sont pleinement efficaces que s'ils sont prescrits suffisamment longtemps, à un dosage adapté au patient et que les modes d'utilisation et les effets indésirables éventuels sont bien expliqués au patient.

Ils existent sous plusieurs formes :

* **Formes transdermiques** : timbres (ou patchs) **: permettent une administration de nicotine sur 24 heures ou sur 16 heures.**
* **Formes orales** :
  - Gommes à mâcher : le taux maximal de nicotinémie s'observe 20 à 30 minutes après le début de la mastication.
  - Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux.
  - Inhaleurs : apportent, à chaque bouffée, un dixième de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette. À l'administration de nicotine s'ajoute la prise en compte de l'aspect gestuel.
  - Sprays buccaux.

Lors du traitement, les formes orales peuvent être associées aux patchs.

Les effets indésirables sont modérés, régressent spontanément et rapidement après retrait du dispositif et dépendent des formes : céphalées, palpitations, dysgueusie, hoquets, nausées, dyspepsie, douleurs et paresthésie au niveau des tissus mous de la cavité buccale, stomatite, hypersécrétion salivaire, brûlure des lèvres, sécheresse de la bouche et/ou de la gorge.

Les patchs peuvent être responsables d'érythème et de prurit au point d'application.

5.3.2.2. Varénicline et Bupropion

Varénicline (Champix®)
Agoniste partiel des récepteurs nicotiniques. Il aide à soulager les symptômes de manque et permet de réduire les effets de plaisir liés à l'intoxication tabagique. Le traitement dure 12 semaines. Pour les patients qui ont réussi à arrêter de fumer à la fin des 12 semaines de traitement, on peut envisager une cure de traitement de 12 semaines supplémentaires.
Contre-indications : Allergies, grossesse et allaitement, insuffisance rénale sévère.
Effets indésirables : Troubles du sommeil, nausée, constipation, céphalées, épisode dépressif caractérisé, comportements suicidaires, hostilité, agitation.

Bupropion (Zyban®)
Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. Il diminue les symptômes du sevrage. Le traitement dure de 7 à 9 semaines.
Contre-indications : Insuffisance hépatique sévère, tumeur cérébrale bénigne ou maligne , épilepsie préexistante, même traitée, trouble bipolaire, anorexie boulimie actuelle ou ancienne, grossesse, tout traitement abaissant le seuil épileptogènes, sevrage de l'alcool de moins de 6 mois ou de benzodiazépines, association aux IMAO.
Effets indésirables : Bouche sèche, nausées, réactions cutanées ou allergiques, insomnie, angoisse, vertiges, céphalées, épisode dépressif caractérisé, comportements suicidaires, convulsions, hypertension artérielle, infarctus du myocarde.

5.3.3. Les traitements non pharmacologiques

Un accompagnement psychothérapique est recommandé lors de la prise en charge. Le patient peut bénéficier :

* d'entretiens motivationnels afin de susciter ou de renforcer la motivation au changement ;
* d'une psychothérapie de soutien ;
* d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ;
* d'un accompagnement téléphonique : ligne Tabac Info Service (3989) mise en place par le ministère chargé de la Santé et l'Inpes.

Il est recommandé d'aider le patient à anticiper les risques de reprise de l'usage de tabac en repérant toute pensée pouvant conduire à la prise d'une cigarette et les situations incitant habituellement le patient à fumer.

5.3.4. Les cigarettes électroniques

Les cigarettes électroniques diffusent de la nicotine dans les voies respiratoires (les concentrations des préparations varient de 0 à moins de 20 mg/ml).

Il s'agit de dispositifs à batterie qui dispensent un mélange de propylène-glycol, de nicotine, d'eau, d'arômes et de glycérol (glycérine végétale) propulsé sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur.

À ce jour, aucun effet indésirable ou cas d'intoxication en lien avec la présence des solvants dans les cigarettes électroniques n'a été rapporté. De nombreuses études chez l'animal suggèrent que le propylène-glycol n'est pas toxique par inhalation (mais pourrait induire des réactions allergiques chez certaines personnes).

Les cigarettes électroniques ou solutions de recharge sont considérés comme des produits de consommation courante. À ce titre, elles doivent répondre à l'obligation générale de sécurité conformément aux dispositions du code de la consommation. Aucune cigarette électronique ne dispose d'une AMM en tant que médicament, aucun fabricant n'ayant déposé de demande en ce sens. Par ailleurs les cigarettes électroniques, avec ou sans nicotine, ne peuvent être vendues en pharmacie car elles ne sont pas inscrites sur liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce.

5.3.5. Prise en charge à long terme

Permet une tentative de maintien l'arrêt de l'usage et une adaptation du traitement médicamenteux, une surveillance de l'état psychique, de la consommation d'autres substances psychoactives. Il est conseillé de proposer un suivi d'au moins six mois.



Résumé

En France, l'intoxication tabagique active est la première cause de décès évitable avec 73 000 décès prématurés chaque année.

La durée de cette intoxication est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac.

Tous les professionnels de santé devraient s'impliquer dans la prévention de l'intoxication tabagique (dès l'âge scolaire) et dans l'aide à l'arrêt du tabac.

La nicotine est l'agent responsable de la dépendance.

L'objectif de la prise en charge est l'obtention de l'arrêt de l'usage.

Le test de Fagerstöm permet d'évaluer la dépendance.

La psychothérapie est l'essentiel de la prise en charge du patient, en association aux traitements nicotiniques de substitution et à la varénicline ou au bupropion.



Références pour approfondir

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf

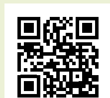
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr

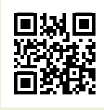
Observatoire français des drogues et des toxicomanies : www.ofdt.fr

Petros W.-P., Younis I.-R., Ford J.-N., Weed S.-A., « Effects of tobacco smoking and nicotine on cancer treatment ». *Pharmacotherapy*, 2012, 32, p. 920-931.

Taylor G., McNeill A., Girling A., Farley A., Lindson-Hawley N., Aveyard P., « Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, 2014, 348, g 1151.







74

item 74

ADDICTION À L'ALCOOL



* Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction à l'alcool.
* Expliquer les indications et principes du sevrage thérapeutique.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

CAS CLINIQUES SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/74





L'alcool est une substance psychoactive pouvant induire des dommages sociaux et médicaux (aussi bien psychiatriques que non-psychiatriques).
Contrairement à la plupart des autres substances psychoactives, il existe un « usage simple » d'alcool, c'est-à-dire un niveau d'usage n'entraînant pas de risques ou des risques très faibles.
Au-delà des seuils de l'usage simple, on entre dans un « usage à risque » qui peut plus ou moins rapidement évoluer vers des troubles addictologiques constitués (ou « troubles liés à l'usage d'alcool »). Le niveau le plus sévère de ces troubles est la "dépendance à l'alcool"
En cas de dépendance à l'alcool, peut survenir un « syndrome de sevrage d'alcool ». Sa survenue est une urgence médicale car elle expose à des complications potentiellement létales (*delirium tremens*, crises convulsives).
Le repérage systématique de l'usage à risque d'alcool est très important dans toute spécialité médicale, et tout spécialement en médecine générale. L'usage à risque nécessite de réaliser une « intervention brève » à visée de prévention secondaire.
Les troubles liés à l'usage d'alcool nécessitent une prise en charge spécialisée de type médico-psycho-sociale.
Les objectifs de la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool sont soit un arrêt encadré, soit une réduction progressive et encadrée de l'usage d'alcool.
En cas d'arrêt encadré de l'usage d'alcool chez un sujet avec dépendance, le sujet doit bénéficier d'un « sevrage » encadré d'alcool, avec une surveillance et un traitement destiné à prévenir le syndrome de sevrage. Cette procédure peut être réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation.
Avant un sevrage et durant la prise en charge, les motivations et les objectifs du patient sont évalués et renforcés lors d'entretiens motivationnels.

1. Introduction

En France, la consommation de boissons alcoolisées est intégrée aux pratiques culturelles, mais elle est aussi à l'origine de risques sanitaires et sociaux majeurs.

L'alcool est une substance psychoactive dont certains modes d'usage peuvent être à l'origine de dommages sociaux et médicaux (aussi bien psychiatriques que non-psychiatriques).

Il existe un usage simple d'alcool avec des seuils d'usage qui, s'ils sont respectés, n'exposent en théorie pas à un sur-risque ou bien à des risques très faibles de conséquences médicales ou sociales.

Au-delà de ces seuils, on parle de mésusage. L'usage à risque d'alcool est le premier stade du mésusage d'alcool. Les critères d'un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool peuvent alors survenir plus ou moins rapidement par la suite. Le sujet perd alors progressivement le contrôle de son usage d'alcool, malgré la survenue de répercussions médicales et/ou sociales. L'éthanol est une substance neurotoxique et les systèmes de neurotransmission sur lesquels il agit sont nombreux.

L'éthanol, principe actif de l'alcool, joue un rôle dans ces processus addictifs progressifs. Malgré la simplicité chimique de cette molécule, elle exerce des effets et des actions biologiques et comportementales complexes. Les différents systèmes de neurotransmission perturbés sont, entre autres, les systèmes cholinergique, sérotoninergique, dopaminergique, GABAergique, glutamatergique et opioïdergique. La consommation d'éthanol joue un rôle important dans les phénomènes d'appétence, de motivation et de décision en agissant sur le système de récompense. L'arrivée d'un signal annonçant une récompense, après un traitement sensoriel par le cortex modifie l'activité de certains neurones de l'aire tegmentale ventrale qui libèrent de la dopamine vers le noyau accumbens et vers le cortex préfrontal, renforçant ainsi le comportement-récompense.

Que ce soit en prévention primaire (c'est-à-dire en l'absence antérieure de mésusage), en prévention secondaire (en cas d'usage à risque), ou bien dans une perspective de soins (en cas de trouble

addictologique constitué), l'objectif global en termes de santé publique et de rester ou bien de revenir à un non-usage ou bien un usage simple d'alcool chez le maximum de sujets.

2. Épidémiologie

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en population générale adulte et la plus consommée à l'âge de 17 ans.

La quantité moyenne d'alcool consommée a été divisée par deux en 50 ans en France (11,8 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2012, 27,4 en 1960). En revanche, les modes de consommation évoluent, et les alcoolisations ponctuelles importantes augmentent, notamment chez les jeunes.

Dans la population française, la première ivresse a lieu en moyenne à l'âge de 15 ans. En 2014, 13 % des 15-75 ans déclaraient avoir eu au moins un épisode de consommation importante d'alcool dans le but de rechercher l'ivresse au cours de leur vie.

Au niveau national, on estime à 10 millions le nombre de personnes qui consomment de l'alcool au moins à 3 reprises dans la semaine, et à 6 millions le nombre de personnes qui en consomment tous les jours (15 % des adultes). Il existe environ 3,8 millions de consommateurs à risque chronique (consommation régulière d'alcool supérieure aux seuils recommandés qui les exposent à des complications) et 12 millions de consommateurs à risque ponctuel (alcoolisations ponctuelles importantes, qui exposent aux risques de complications aiguës (accidents, violences…).

Au niveau mondial, l'alcool est le 3e facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. En France, la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable, après le tabac. 49 000 décès par an sont liés à la consommation d'alcool dans l'Hexagone, que ce soit de manière directe ou indirecte (cancers, maladies cardio-vasculaires, cirrhoses, accidents, suicides sous l'emprise de l'alcool, accidents domestiques, du travail et de la route…). La mortalité attribuable à l'alcool est particulièrement élevée dans la tranche d'âge 20-39 ans, pour laquelle près de 25 % des décès sont attribuables à l'alcool. Chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool, l'espérance de vie est réduite de 20 ans.

3. Usage simple, intoxication aiguë, et usage à risque d'alcool

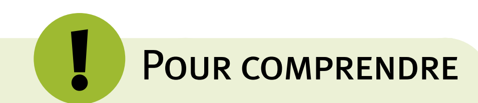
3.1. L'usage simple d'alcool

Pour l'alcool, on estime qu'il existe un type d'usage qui n'entraîne pas de risque ou très peu de risques sur le plan social ou médical.

Sur la base de données internationales, les recommandations nationales de la Société Française d'Alcoologie ont retenu les seuils d'usage suivants comme ceux correspondant à l'usage simple d'alcool :

* jamais plus de 4 verres-standard par occasion lors d'un usage ponctuel
* pas plus de 21 verres-standard par semaine pour un homme
* pas plus de 14 verres-standard par semaine pour une femme

On appelle verre-standard un volume contenant 10 g d'alcool pur, soit environ 10 cl de vin, 25 cl de bière à 4°, ou 3 cl d'un alcool fort type whisky à 40°.



Contenu d'alcool d'une boisson (en grammes) : degré d'alcool pur dans la boisson x volume (en litre) x 8. Ex. : 1 bouteille de 75 cl de vin à 12,5 degré contient : 12,5 x 0,750 x 8 = 75 g d'alcool pur.

En dessous de ces seuils, on considère qu'il n'existe pas ou peu de risques de répercussions sociales ou médicales à court ou long terme. Attention, ces seuils ne sont pas valables dans certaines situations (femme enceinte, sujet atteint d'une atteinte hépatique, sujet traité par certains médicaments, etc.).

Sur un plan de santé public, il serait idéal chez tout sujet de maintenir au long cours un non-usage ou un usage simple d'alcool.

3.2. L'intoxication alcoolique aiguë (ivresse)

On distingue différents degrés de sévérité de l'intoxication alcoolique aiguë en fonction de l'alcoolémie du patient. À faible dose l'effet désinhibiteur et euphorisant de l'alcool prédomine, à dose plus élevée c'est l'effet dépresseur sur le système nerveux central qui domine. Ainsi, l'intoxication alcoolique aiguë, non compliquée, se caractérise par la présence d'une haleine caractéristique (œnolique), de l'injection des conjonctives, d'une jovialité ou d'une tristesse, d'une logorrhée, d'une désinhibition, d'un comportement pouvant être agressif, d'un temps de réaction allongé, d'une dysarthrie et d'un syndrome cérébelleux avec incoordination motrice, de troubles de l'équilibre.

Les effets dépresseurs sur le système nerveux central de l'intoxication alcoolique aiguë entraînent, entre autres, des perturbations de la perception, du jugement, de l'affect, des facultés cognitives, du comportement ou de la conscience.

Le diagnostic est le plus souvent basé sur des éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il faut savoir y penser devant une chute chez la personne âgée, un accident ou une agression. Le diagnostic est confirmé par l'alcoolémie (sur prise de sang ou grâce à un éthylomètre) et sur l'évolution (régression en quelques heures).

Il existe une grande variabilité individuelle des effets aigus de l'alcool, de sorte qu'à niveau d'alcoolémie égale, les présentations cliniques peuvent être très variables.

La prise en charge immédiate de l'intoxication alcoolique aiguë relève de la médecine d'urgence, et non de la psychiatrie ou de l'addictologie. Par contre, au décours de l'intoxication aiguë, une évaluation addictologique doit déterminer s'il existe un usage à risque voire un trouble lié à l'usage d'alcool et intervenir et orienter le sujet en conséquence. C'est typiquement la mission des ELSA dans les services d'urgences (voir introduction des items d'addictologie).

3.3. L'usage à risque d'alcool

Comme précisé dans l'introduction générale des items d'addictologie du référentiel, l'usage à risque n'est pas un trouble addictologique constitué mais un facteur de risque. Il s'agit d'un usage exposant à des risques, chez un sujet qui n'a encore pas de conséquences observables de

son usage, ou alors des conséquences encore trop limitées pour correspondre aux critères d'un trouble lié à l'usage (ici d'alcool).

L'usage à risque d'alcool est le premier stade du mésusage d'alcool. Il est susceptible d'évoluer plus ou moins rapidement selon les sujets vers un trouble lié à l'usage d'alcool.

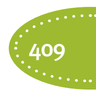
Indépendamment du risque addictologique, l'usage à risque peut également exposer à des complications de l'intoxication éthylique aiguë (p.ex. : ivresse avec mise en danger comportementale, agression, voire coma), ou bien à des complications chroniques de type médical (par exemple cirrhose du foie) en l'absence même de critères antérieurs de troubles liés à l'usage d'alcool.

Il est donc crucial d'intervenir très précocement avant la survenue de complications, dans une perspective de prévention secondaire. Le repérage de l'usage à risque et l'intervention auprès du sujet (voir plus loin) relèvent de tout médecin, quelle que soit sa spécialité. C'est bien sûr particulièrement important en médecine générale et en soins primaires.

4. Troubles addictologiques liés à l'usage d'alcool

4.1. Usage d'alcool nocif pour la santé (CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.



4.2. Dépendance à l'alcool (CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

5. Complications des troubles addictologiques liés à l'alcool

5.1. Syndrome de sevrage à l'alcool

Le syndrome de sevrage de l'alcool ne survient que chez des sujets avec dépendance à l'alcool. Il n'est pas présent chez tous les sujets dépendants puisque près d'un tiers d'entre eux n'a pas de symptôme de sevrage en cas d'arrêt brutal de l'usage d'alcool.

Les premiers symptômes de sevrage surviennent dans les heures qui suivent l'arrêt de l'usage d'alcool. Ils peuvent survenir fréquemment le matin au réveil chez les sujets avec forte dépendance. La survenue des symptômes est maximale au cours des 72 premières heures mais peuvent se voir jusqu'à 7-10 jours après un arrêt de l'alcool.

On peut observer les symptômes suivants (en gras les signes les plus discriminants et les plus fréquents) :

* Des troubles psycho-comportementaux : **anxiété**, insomnie, cauchemars, irritabilité, agitation psychomotrice ;
* Des troubles neurovégétatifs : **sueurs**, **tremblements**, tachycardie, hypertension artérielle ;
* Des troubles digestifs : **vomissements**, nausées, anorexie, diarrhée.

Les signes disparaissent ou diminuent avec la prise de quelques verres d'alcool ou la prise de benzodiazépines.

En l'absence de prévention ou de traitement adapté, ce tableau peut s'aggraver.

Il peut alors aboutir aux complications suivantes :

Les convulsions de sevrage

Elles sont caractérisées par leur début précoce (en général dans les 48 heures suivant la diminution ou l'arrêt de l'alcool), mais peuvent survenir de manière plus retardée en cas de diminution trop rapide des benzodiazépines. Il s'agit le plus souvent de crises généralisées tonico-cloniques. Non traitées, elles risquent de récidiver rapidement voire d'évoluer vers un état de mal épileptique, avec un risque de décès.

Prescrites à doses adaptées, les benzodiazépines en prévention ou en traitement du syndrome de sevrage permettent d'éviter le risque de convulsions.

Le *delirium tremens*

Le *delirium tremens* est un état de confusion agitée et délirante qui signe un syndrome de sevrage majeur et en constitue une complication très sévère, avec risque vital engagé.

Sur le plan clinique, on note :

* Syndrome confusionnel.
* Agitation.
* Propos incohérents.
* Délire onirique avec vécu délirant intense.
* Inversion du rythme nycthéméral.
* Hallucinations multiples, surtout visuelles avec zoopsies.
* Scènes d'agression qui peuvent être la cause de réactions de frayeur chez le patient (risque de fugue, agressivité…).

Les signes physiques associent fièvre, sueurs profuses, déshydratation, modification de la tension, tachycardie, troubles du rythme. Des crises d'épilepsie, un état de mal peuvent survenir et constitueront des signes de gravité

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke

Les situations de sevrage d'alcool sont à risque accru de survenue d'un Encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Cette dernière serait favorisée par une carence en vitamines B1. Son mécanisme est donc distinct des symptômes de sevrage habituels de l'alcool.

Elle est caractérisée par un syndrome confusionnel, des signes oculomoteurs, un syndrome cérébelleux statique et une hypertonie oppositionnelle.

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est de survenue rare. Elle aurait un lien évolutif vers la démence de Korsakoff, même si cette association est aujourd'hui controversée sur le plan scientifique.

5.2. Complications médicales du mésusage d'alcool

Le mésusage d'alcool, même en dehors de troubles addictologiques liés à l'usage d'alcool, peut entraîner de nombreuses complications médicales.

Pour rapporter une pathologie à l'alcool, il faut 5 arguments :

* Le sujet a présenté un mésusage d'alcool prolongé
* Il s'agit d'une complication connue du mésusage d'alcool
* Le tableau est évocateur de l'étiologie alcoolique : par exemple cytolyse modérée prédominant en ASAT avec GGT très augmentée dans la maladie alcoolique du foie, contrairement au tableau d'hépatite virale
* Élimination des autres causes : même chez un buveur très excessif, une maladie donnée n'est pas forcément en rapport avec un mésusage
* Le tableau peut s'améliorer (selon le type de complication) avec l'arrêt ou la réduction de l'usage d'alcool

Cancers	* Cancer des voies aérodigestives supérieures * Cancer de l'œsophage (cancer épidermoïde) * Carcinome hépatocellulaire (complication d'une cirrhose alcoolique) * Cancer colo-rectal * Cancer du sein
Système digestif	* Maladie alcoolique du foie (stéatose hépatique, hépatite alcoolique aiguë, cirrhose hépatique) * Pancréatite aiguë, pancréatite chronique calcifiante * Œsophagite, gastrite * Diarrhée motrice et/ou par atteinte entérocytaire
Système nerveux	Troubles cognitifs liés à l'alcool (troubles d'intensité légère à sévère) Démences : * Syndrome de Korsakoff (favorisé par une carence en vitamine B1) * Maladie de Marchiafava-Bignami * Démence alcoolique Encéphalopathies carentielles et métaboliques : * Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (favorisée par une carence en vitamine B1) * Encéphalopathie pellagreuse (carence en vitamine PP) Encéphalopathie hépatique (confusion mentale, astérixis) Métabolique : Myélinolyse centropontine (correction trop rapide d'une hyponatrémie) Atrophie cérébelleuse Epilepsie, le plus souvent généralisée Polyneuropathies sensitivo-motrices (crampes nocturnes, douleurs, paresthésies, hypoesthésie et aréflexie achilléenne, amyotrophie) Neuropathie optique (névrite optique rétro bulbaire) Traumatismes : Hématomes cérébraux Hémorragies cérébrales ou méningées

Cardiovasculaires	* Hypertension artérielle * Troubles du rythme * Cardiomyopathies non obstructives
Rhumatologiques	* Nécrose de la tête fémorale * Ostéoporose * Ostéomalacie
Traumatiques	* Fractures * Traumatismes crâniens
Hématologiques	* Macrocytose, anémie, thrombopénie, leucopénie * (Par toxicité directe, liées à l'hépatopathie alcoolique ou aux carences nutritionnelles)
Métaboliques	* Hypoglycémies, intolérance au glucose * Hypertriglycéridémie * Dénutrition * Hyperuricémie et goutte
Dermatologiques	* Aggravation d'un psoriasis * Rhynophyma
Psychiatriques	* Dépression * Trouble anxieux
Obstétricales	* Syndrome d'alcoolisation fœtal (dysmorphie et retard mental)
Génitales	* Dysfonctions sexuelles

5.3. Répercussions sociales des troubles liés à l'usage d'alcool

Elles peuvent apparaître au stade d'usage à risque mais lorsqu'elles deviennent prolongées et importantes, elles signent l'évolution vers un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool (usage nocif ou dépendance).

* Retentissement familial : violences intrafamiliales psychologiques ou physiques, séparations, mise en danger de l'enfance, retentissement sur la santé mentale des proches.
* Retentissement professionnel : avertissement, licenciement, absentéisme, chômage.
* Retentissement financier : dettes, négligence ou abandon des obligations administratives ou sociales, problème de logement.
* Retentissement judiciaire : conduite en état d'ivresse, ivresses publiques manifestes, violence sous l'effet de l'alcool.

6. Comorbidités médicales psychiatriques

L'association entre un mésusage d'alcool et les troubles psychiatriques est très fréquente. Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles psychiatriques les plus retrouvés chez les patients dépendants à l'alcool.

Le risque de suicide est très fortement augmenté en cas de trouble de l'usage d'alcool. L'association entre alcool et suicide est très forte, en particulier lors des alcoolisations aiguës, mais aussi lors de symptômes dépressifs secondaires ou associés à la consommation d'alcool.

Le trouble bipolaire est 4 fois plus fréquent chez les patients présentant une dépendance à l'alcool par rapport à la population générale mais sous-diagnostiqué car fréquemment masqué par le trouble addictif.

20 à 50 % des patients souffrant de schizophrénie présentent une dépendance ou un usage d'alcool nocif pour la santé.

Ces troubles peuvent être primaires (avant l'installation du mésusage) ou secondaires. En effet, la consommation aiguë ou chronique d'alcool peut être responsable de symptômes voire de troubles psychiatriques (symptômes dépressifs et anxieux en particulier). L'anamnèse ainsi que le sevrage pourront permettre de préciser le caractère de ces troubles.

L'association de l'alcool à d'autres conduites addictives, avec ou sans substances, est également forte. Parmi les patients qui présentent une dépendance à l'alcool, 80 % ont une dépendance au tabac et 5 % présentent une dépendance à une autre substance (cannabis, cocaïne ou héroïne).

7. Repérage, prévention et intervention en cas d'usage à risque d'alcool

7.1. Repérage du mésusage d'alcool en population générale

Le repérage systématique de l'usage à risque d'alcool en population générale est absolument fondamental sur un plan de santé publique. Il doit impliquer tout soignant, à commencer par les médecins généralistes

Ce repérage précoce devrait être effectué de façon systématique chez tous les patients, par un interrogatoire régulier ou bien orienté par des circonstances évocatrices (HTA, plaintes psychiques ou pour asthénie, troubles du sommeil, altérations de l'état général).

Ce repérage est simple et se fonde sur la consommation déclarée d'alcool (CDA) :

* la **quantité** hebdomadaire d'usage d'alcool (nombre moyen de verres-standard consommé chaque semaine) ;
* la **fréquence** hebdomadaire d'usage d'alcool (nombre de jours de consommation par semaine) ;
* la fréquence hebdomadaire ou mensuelle de **fortes consommations** (plus de 5 verres-standard).

Si la CDA est supérieure aux repères recommandés de l'usage simple (voir début de l'item), c'est qu'il existe un mésusage d'alcool. Il faut alors rechercher des complications et des arguments en faveur d'une perte de contrôle de l'usage d'alcool, ce qui évoque la présence d'un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool.

Des questionnaires peuvent aider les médecins à repérer un mésusage d'alcool et un trouble lié à l'usage d'alcool.

Le questionnaire **AUDIT-C** (Alcohol Use Disorders Identification Test court) permet d'établir un score sur la base de 3 questions qui sont les 3 premières questions de l'AUDIT (cf. questionnaire et interprétation des scores ci-dessous). Ce questionnaire permet de différencier un usage simple d'un mésusage.

Le questionnaire **FACE**. Il est composé de 5 questions, deux communes avec l'AUDIT C et trois qui orientent vers une perte de contrôle et donc une dépendance (cf. questionnaire et interprétation des scores ci-dessous).

La mise en évidence d'un mésusage d'alcool doit être associée à une évaluation addictologique complète, intégrant une évaluation médicale psychiatrique et non-psychiatrique (éventuels dommages hépatiques, neurologiques…) et à une évaluation sociale.

7.2. Intervention brève en cas d'usage à risque

En cas d'usage à risque, des **interventions brèves** doivent être effectuées. Il s'agit d'interventions de prévention secondaire. Le principe est celui d'une intervention dispensée individuellement, en un temps court, visant à augmenter le niveau de conscience et de connaissance des troubles liés à la consommation d'alcool chez des sujets en usage à risque. Sa durée est en général de 5 à 20 minutes.

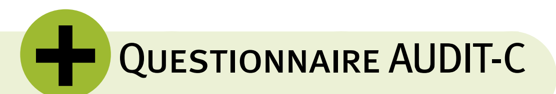
Après évaluation de la consommation d'alcool (repérage précoce) et de son retentissement éventuel, des informations sont données à la personne sur :

* Les résultats de cette évaluation,
* La définition d'un verre-standard et des seuils de consommation à faible risque,
* Les risques liés à la consommation d'alcool pertinents pour le patient,
* Les éventuelles complications présentes chez le patient,
* Les avantages à diminuer sa consommation,
* Le choix d'un objectif de consommation si le patient est d'accord pour modifier sa consommation actuelle,
* Des méthodes de réduction si demande du patient,
* Un document d'information écrit est remis.

Cette intervention est réalisée de façon empathique, avec absence de jugement et en laissant le choix au patient.

L'ensemble constitue le **RPIB : repérage précoce et intervention brève**.

L'objectif est de faire émerger une motivation au changement chez la personne présentant un usage à risque ou un usage nocif pour la santé, avant le développement d'une dépendance. L'efficacité de l'intervention brève a été étayée par de nombreuses études en cas de consommation à risque ou d'usage nocif pour la santé.



1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

Interprétation

Les questions portent sur la consommation des 12 derniers mois.
Un score supérieur ou égal à 4 chez l'homme et à 3 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool .



Questionnaire FACE

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
4 fois ou plus par semaine	4

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

Non	0
Oui	4

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non	0
Oui	4

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non	0
Oui	4

Interprétation

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.
- Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

7.3. Place des marqueurs biologiques dans le repérage du mésusage d'alcool

L'intérêt des marqueurs peut être :

* à visée d'objectivation du mésusage, uniquement pour rapporter à l'alcool une pathologie (comme une pancréatite) alors que le patient nie sa consommation, et non pour faire le diagnostic de dépendance ;
* pour le suivi (pour dépister une reprise d'usage ou de mésusage) ;
* à visée éducative et motivationnelle.

Ils ne sont pas recommandés pour le repérage précoce, du fait d'une sensibilité modeste.

On utilise en pratique :

* l'alcoolémie : utile en particulier aux urgences devant des chutes, des malaises. Chez un sujet non comateux et non hostile, on utilise l'éthylomètre qui donne une mesure directe ;
* la GGT (gamma glutamyl transpeptidase) : enzyme hépatique, marqueur à la fois de consommation d'alcool et de maladie alcoolique du foie. Sa sensibilité est médiocre (la moitié des consommateurs à risque chronique ont une GGT élevée, un peu plus chez les dépendants). Sa spécificité est également médiocre, la GGT étant augmentée dans la plupart des pathologies hépatiques, mais dans la consommation à risque d'alcool, soit elle s'associe à des transaminases et phosphatases alcalines normales, soit typiquement à une augmentation modérée (< 5N) des transaminases, prédominant sur les ASAT, et contrastant avec des PAL normales. La GGT se normalise en 4 à 10 semaines (fonction du niveau de départ) après arrêt de la consommation. Les principaux faux positifs sont les hépatopathies métaboliques et les inductions enzymatiques par certains médicaments ;
* le VGM est le marqueur le moins sensible (un tiers des patients), se normalise en 3 mois après arrêt de la consommation. Il y a peu de faux positifs (anémie carentielle en folates ou en B12, hypothyroïdie, hyper réticulocytose). Il est surtout augmenté en cas de carence en folate, donc de malnutrition associée. Parmi les faux positifs ne pas ignorer les causes iatrogènes dont les traitements par le méthotrexate (antifolate de référence) ;
* la CDT (carbohydrate déficient transferrin) est très spécifique, se normalise en quelques semaines après arrêt de la consommation. Sa sensibilité est un peu améliorée par rapport à la GGT.

8. Prise en charge addictologique d'un trouble addictologique lié à l'usage d'alcool

8.1. Objectifs et stratégies de prise en charge

8.1.1. Objectif idéal

L'objectif idéal de la prise en charge médicale d'un trouble lié à l'usage d'alcool est la disparition durable du mésusage d'alcool. En pratique, cela signifie l'arrêt prolongé de tout usage (parfois appelé « abstinence » mais ce terme a une connotation morale et devrait être évité), ou bien le retour prolongé à un usage simple lorsque cela est possible et que l'état physique du sujet le permet, en particulier s'il n'existe pas de complication médicale type cirrhose ou neuropathie. La plupart des études montrent que l'arrêt de tout usage d'alcool expose à moins de risques de

retour à des comportements de mésusage, mais ne plus boire définitivement d'alcool peut-être un choix difficile à assumer pour certains sujets qui préféreront tenter de revenir à un usage simple.

Dans le cadre d'un usage d'alcool nocif pour la santé ou d'une dépendance peu sévère, sans comorbidités sévères et si le soutien social est adéquat, l'objectif de retour à un usage simple est réaliste à moins que le patient ne préfère l'arrêt de l'usage ou qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'arrêt de l'usage.

Dans le cadre d'une dépendance sévère associée à une comorbidité médicale psychiatrique ou non-psychiatrique, l'arrêt de l'usage est l'objectif le plus réaliste. Pour les patients qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas s'engager vers l'arrêt de l'usage, il faut envisager un programme de réduction de consommation orienté vers la réduction des dommages (voir ci-dessous). L'objectif ultime de consommation devrait cependant être l'arrêt de l'usage.

En tout les cas, le patient doit définir quel est son objectif idéal, quitte à changer d'avis ultérieurement.

8.1.2. Objectifs intermédiaires

En cas de difficultés à atteindre durablement un objectif idéal d'arrêt d'usage ou de retour à un usage simple, la réduction de l'usage et la disparition de certaines complications constituent en soi des formes d'objectifs intermédiaires qui peuvent être visés dans certains cas. Ces objectifs rentrent alors dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques et des dommages.



Pour comprendre

Depuis quelques années, en addictologie, le concept de réduction des risques et des dommages a pris une place centrale au niveau des pratiques thérapeutiques.

Le concept de réduction des consommations d'alcool s'est progressivement imposé dans un contexte de santé publique. De nombreuses études scientifiques ont démontré que le risque de dépendance à l'alcool, les dommages à court et moyen terme ainsi que la mortalité augmentent en fonction du niveau de consommation d'alcool.

La réduction des consommations représente un objectif thérapeutique possible chez les personnes présentant un mésusage d'alcool. Cet objectif permet de réduire les risques et les dommages qu'une consommation élevée d'alcool comporte, permet d'améliorer la santé et les problèmes familiaux et socioprofessionnels de la personne et, plus globalement, la qualité de vie. Cette stratégie peut permettre d'évoluer par étapes vers un arrêt du mésusage d'alcool.

8.1.3. Stratégies de prise en charge

L'atteinte d'un objectif d'arrêt d'alcool ou de retour à un usage simple peut se faire par deux stratégies :

* arrêt encadré de tout usage d'alcool avec maintien ultérieur d'un arrêt plus ou moins long de tout usage d'alcool. Dans le cas du patient avec dépendance, l'arrêt planifié de l'usage d'alcool est appelé « sevrage » ;
* réduction progressive de l'usage pour arriver idéalement à un usage simple voire à un arrêt total de l'usage d'alcool.

8.1.4. Travail motivationnel

L'ambivalence du patient vis-à-vis de sa consommation d'alcool est intrinsèque à la dépendance. Le travail sur la motivation du patient est central dans la prise en charge.

L'**entretien motivationnel** est un style d'entretien visant à renforcer la motivation au changement et explorer et à réduire son ambivalence. Elle permet également de renforcer l'adhésion du sujet à la prise en charge médicale.

8.1.5. Approche médico-psycho-sociale et prise en charge des répercussions sociales et médicales

La prise en charge de ce type de troubles addictologique doit être holistique et aborder le sujet dans ses dimensions biologiques, psychologiques, et sociales. Les comorbidités psychiatriques, les autres addictions, et les répercussions sociales et médicales du trouble lié à l'usage d'alcool doivent être correctement prises en charge, si nécessaire par des interventions multidisciplinaires intégrant des spécialités médicales différentes, des psychologues, des assistantes sociales, des éducateurs, etc.

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes, mais le plus souvent secondaires, c'est-à-dire une conséquence du mésusage d'alcool. C'est le cas en particulier des troubles dépressifs et des troubles anxieux. 80 % des dépressions associées à une dépendance à l'alcool sont ainsi secondaires, c'est-à-dire induites par l'alcool. **L'arrêt du mésusage d'alcool est, dans ce cas, le plus souvent suffisant pour permettre une régression des symptômes dépressifs en quelques semaines.**

En termes de soutien et d'accompagnement, le patient peut être orienté vers des **associations et groupes d'entraide** (ex. : Alcooliques Anonymes, Vie Libre…).

8.2. Aspects de prise en charge spécifiques de la dépendance à l'alcool

Il existe deux particularités fondamentales dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool, par comparaison à l'usage d'alcool nocif pour la santé : la prise en charge de « sevrage encadré d'alcool » et l'utilisation de traitements médicamenteux pour l'aide au maintien de l'arrêt de l'usage d'alcool ou l'aide à la réduction de consommation.

8.2.1. Le sevrage encadré d'alcool

Environ un tiers des patients présentant une dépendance à l'alcool n'ont aucun symptôme de sevrage à l'arrêt de l'alcool et la plupart des sevrages sont d'intensité faible et ne présentent aucune difficulté s'ils sont repérés et traités tôt. Cependant, comme mentionné plus haut, les complications peuvent être graves voire létales. Il est par conséquent indispensable de savoir mesurer les symptômes de sevrage afin d'en repérer les complications graves, et mettre en place la prise en charge adaptée.

8.2.1.1. Modalités de sevrage

Le sevrage de l'alcool est proposé aux patients dépendants qui souhaitent arrêter au moins temporairement leur usage d'alcool.

Le sevrage de l'alcool peut être réalisé **en ambulatoire** ou **lors d'une hospitalisation**. Dans l'idéal, un sevrage d'alcool doit être planifié, et s'inscrire dans le cadre d'un projet addictologique global.

Le sevrage ambulatoire est réalisé le plus souvent sous la surveillance médicale du médecin traitant ou d'une équipe addictologique. Celles-ci sont regroupées au sein des CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ou des consultations hospitalières, présents sur l'ensemble du territoire. En l'absence de contre-indication au sevrage ambulatoire d'alcool, celui-ci devrait être préféré pour des raisons de confort du patient et des raisons de coûts.

Les contre-indications au sevrage ambulatoire sont :

* antécédent de complication de sevrage (*delirium tremens* ou convulsions de sevrage) ;
* une dépendance sévère (ex : symptômes de sevrage matinaux intenses, CDA > 30 verres-standard par jour) ;
* une dépendance aux benzodiazépines associée ;
* l'échec des tentatives de sevrage ambulatoire ;
* un environnement social défavorable (situation de précarité, conflits familiaux…) ;
* un terrain vulnérable (pathologie médicale concomitante, psychiatrique ou non, sujet âgé, femme enceinte).

Les unités de soins addictologiques ont pour but, au-delà du sevrage, d'aider le patient à acquérir les moyens de maintenir son arrêt de l'usage dans de bonnes conditions et à évoluer vers une meilleure qualité de vie. Elles proposent des programmes thérapeutiques allant de quelques semaines jusqu'à quelques mois.

Les équipes sont pluridisciplinaires et sont composées de médecins, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, animateurs, éducateurs,...

Le sevrage comprend :

* un arrêt de l'usage d'alcool ;
* s'il y a lieu, au vu de l'état clinique du patient et de ses antécédents, utiliser une benzodiazépine à demi-vie longue (diazépam) à dose progressivement décroissante pour diminuer les signes de sevrage et prévenir les crises convulsives, en évitant de dépasser 7 à 10 jours de traitement afin de diminuer le risque de dépendance. En cas de contre-indication aux benzodiazépines (insuffisance hépato-cellulaire, insuffisance respiratoire), le sevrage se fait en hospitalisation, avec administration de benzodiazépine en cas de besoin uniquement, réévaluée à chaque prise ;
* une surveillance du contrôle du syndrome de sevrage ;
* une hydratation orale (2 à 3 l/24 h) ;
* une supplémentation orale systématique en vitamine B1 ;
* une correction des troubles hydro-électrolytiques si besoin.

8.2.1.2. Prise en charge des complications de sevrage

Le *delirium tremens*

Hospitalisation au mieux en soins intensifs ou continus, surtout si pathologies médicales non-psychiatriques associées, examen clinique.

Chambre éclairée, calme, passage régulier des soignants à visée de réassurance et de surveillance.

Réhydratation intraveineuse et correction des troubles hydro-électrolytiques.

Traitement vitaminique par vitamine B1 à forte dose avant toute perfusion de sérum glucosé et poly-vitamines,

Benzodiazépine à durée de vie longue (diazepam) à hautes doses par voie intraveineuse jusqu'à sédation.

Surveillance (constante, hydratation, ionogramme sanguin, créatininémie, phosphorémie).

Les crises convulsives

Le traitement reste celui du sevrage.

Les crises convulsives de sevrage ne justifient pas un traitement anti-comitial au long cours.

Toute suspicion d'**encéphalopathie de Gayet Wernicke** doit faire réaliser en urgence une supplémentation en vitamine B1 intraveineuse.

8.2.2. Pharmacothérapie de la dépendance à l'alcool

Trois médicaments ont l'AMM pour l'aide au maintien de l'arrêt de l'usage (abstinence) après un sevrage :

* L'**acamprosate** agirait sur le système glutamatergique. Il réduit faiblement mais significativement le taux de reprise d'alcool dans les six mois qui suivent un sevrage encadré d'alcool. C'est un traitement bien toléré.
* La **naltrexone** est un antagoniste opioïde qui diminuerait les effets de récompense positive (plaisir) de la consommation d'alcool. Ce traitement diminue l'intensité de la reprise d'alcool après un sevrage. Il est formellement contre-indiqué en cas de traitement concomitant par opioïde (ex. antalgique) ou d'usage d'opiacés illicites.
* Le **disulfirame** est un inhibiteur de l'acétaldéhyde-déshydrogénase, ce qui entraîne une élévation de la concentration en acétaldéhyde. Il provoque ainsi un effet antabuse en cas de consommation d'alcool : réactions d'inconfort avec bouffées de chaleur, nausées, vomissements, tachycardie, sensation de malaise. La consommation associée d'alcool est formellement contre-indiquée puisque des réactions plus sévères ont été rapportées (troubles du rythme cardiaque, collapsus cardiovasculaire, infarctus du myocarde, mort subite,…). Il n'est pas indiqué en première intention.

Le **nalméfène** est un antagoniste opioïde qui a l'AMM pour aider à réduire la consommation d'alcool chez les patients présentant une dépendance (contre-indiqué en cas de traitement par opiacés ou de dépendance opiacée actuelle).

Le **baclofène** est un agoniste du récepteur GABA-B utilisé dans les troubles neurologiques spastiques. Cette molécule n'a pas l'AMM pour l'instant dans la dépendance l'alcool mais elle fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) depuis 2014 pour la réduction ou l'arrêt des consommations.



Pour repérer un mésusage d'alcool, il faut évaluer la consommation déclarée d'alcool en nombre de verres par semaine et par occasion de boire, le nombre de jours de consommation par semaine et le nombre de jours de forte consommation qui sont actuellement considérés comme les plus délétères.

Si cette consommation déclarée est supérieure aux repères acceptés en France, il faut rechercher des complications et des arguments en faveur d'une perte de contrôle qui oriente vers la dépendance. Des questionnaires peuvent aider les médecins à repérer un mésusage d'alcool.

Le concept de réduction des consommations d'alcool s'est progressivement imposé dans un contexte de santé publique.

Le sevrage de l'alcool est proposé aux patients qui souhaitent atteindre l'objectif de l'arrêt de l'usage et peut être réalisé en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation. Dans l'idéal, un sevrage d'alcool doit être planifié, et s'inscrire dans le cadre d'un projet addictologique global.

Les complications de sevrage sont rares mais graves, nécessitant un repérage des patients à risque et une prise en charge avec surveillance adaptés.

Durant toute la prise en charge, que l'objectif soit la réduction de la consommation ou l'arrêt de l'usage de l'alcool, les motivations et les objectifs du patient sont régulièrement évalués et renforcés lors d'entretiens motivationnels.

La prise en charge au long cours est pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale.



Références pour approfondir

Recommandation de bonne pratique, *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*, SFA, ANPAA et EUFAS, 2015.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf

http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf





item 75

ADDICTION AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS)



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

* Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés).
* Indications et principes du sevrage thérapeutique.
* Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/75





Points clefs

Les addictions aux psychotropes représentent un problème majeur de santé publique. Elles sont souvent le résultat de prescriptions inappropriées.
Parmi les psychotropes, les benzodiazépines et apparentés présentent un potentiel addictif très marqué.
20 % de la population française a reçu au moins une fois une prescription de benzodiazépines ou apparentés. 60 % de ces sujets sont des femmes.
L'usage nocif pour la santé se traduit par la survenue de complications médicales ou de répercussions sociales prolongées.
La dépendance est définie par une impossibilité d'arrêter l'usage de benzodiazépines, soit en raison de signes de sevrage, soit en raison d'envies compulsives (craving) trop importantes.
En cas de dépendance, il existe un risque de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal.
Le principe de prise en charge repose sur le sevrage, qui doit être très progressif et se fait le plus souvent en ambulatoire.
La prévention repose sur une bonne éducation du patient et le respect des Références Médicales Opposables.

1. Introduction

Les benzodiazépines et apparentés sont des agonistes des récepteurs GABA-A. Cette action est à l'origine de leurs effets aigus, et en miroir des phénomènes de sevrage en cas de tolérance induite par une prescription ou une prise prolongée.

En thérapeutique, les benzodiazépines sont utilisées à visée anxiolytique, sédative et hypnotique, mais également myorelaxante et anticonvulsivante.

Les benzodiazépines et apparentés sont parmi les traitements psychotropes les plus prescrits en France et en Europe. En 2009, la France était le deuxième pays européen en matière de consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques (INSERM).

En théorie, ces molécules doivent être prescrites sur une durée relativement limitée, sous peine d'induire une tolérance, voire une escalade de doses et la survenue de répercussions sociales ou médicales répétées, indiquant un diagnostic d'usage nocif pour la santé, voire une impossibilité d'arrêter ou de réduire l'usage, signant un diagnostic de dépendance.

2. Épidémiologie

22 benzodiazépines ou apparentés sont actuellement commercialisées en France.

En 2010, 20 % de la population française avait reçu au moins une fois une prescription de benzodiazépines ou apparentés. 60 % des consommateurs de benzodiazépines ou apparentés sont des femmes.

La durée médiane de traitement retrouvée pour ces spécialités est de 7 mois. De plus, la moitié des sujets traités par ce type de molécules l'est pour une durée supérieure à deux ans. Ces durées sont nettement plus importantes que celles des Références Médicales Opposables. Pourtant, une prescription prolongée de benzodiazépines entraîne une perte d'effet du traitement avec un phénomène de tolérance, la nécessité d'augmenter les doses plus ou moins rapidement, le tout aboutissant à des risques addictologiques largement augmentés.

3. Intoxication aiguë et usage à risque

3.1. Intoxication aiguë aux benzodiazépines

L'intoxication aiguë aux benzodiazépines s'observe lorsque les doses de benzodiazépines prises par le sujet dépassent les doses habituellement prescrites. L'intoxication aiguë aux benzodiazépines peut être volontaire, soit pour rechercher des effets thérapeutiques (anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxants…) dans des situations de perte progressives d'effets liés à une prescription chronique, soit en cas d'intoxication médicamenteuse volontaire à visée suicidaire.

L'intoxication aiguë aux benzodiazépines se caractérise par une sédation, des troubles de la vigilance, une ataxie, une dysarthrie, voire par un coma avec dépression respiratoire. En cas de troubles important de la vigilance, il s'agit d'une urgence vitale.

3.2. Usage à risque de benzodiazépines

Les effets secondaires les plus fréquents avec les benzodiazépines sont la somnolence, la diminution de la vigilance, les troubles mnésiques, la dysarthrie et l'ataxie (augmentant le risque de chute).

Tout usage de benzodiazépines ou d'apparentés en dehors des références médicales opposables doit être considéré comme un usage à risque car il expose le sujet à des conséquences médicales psychiatriques et/ou non-psychiatriques, à un risque de dépendance, et à un risque de mortalité plus élevé.

En l'absence de trouble addictologique constitué (voir ci-dessous), il existe un usage à risque de benzodiazépines dans les conditions suivantes :

* toute prescription ou prise de benzodiazépines ou apparentés dont la **durée** dépasse celles recommandées dans les Références Médicales Opposables.
* toute prescription ou prise de benzodiazépine ou apparentés en dehors des **indications** précisées dans les Références Médicales Opposables.
* toute prescription ou prise de benzodiazépines ou apparentées à des **doses** supérieures aux limites indiquées dans les Références Médicales Opposables.
* toute prise de benzodiazépines ou apparentés s'effectuant en dehors d'une prescription et d'un **suivi médical**.

4. Troubles addictologiques liés aux benzodiazépines et apparentés

4.1. Usage de benzodiazépines nocif pour la santé (Critères CIM-10)

L'usage peut correspondre aux critères CIM-10 d'usage nocif pour la santé en cas de troubles répétés de la vigilance, d'hospitalisations répétées pour intoxications, d'accidents répétés, ou bien de conséquences comportementales, sociales, professionnelles répétées.

Pour plus de précisions, cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

4.2. Dépendance aux benzodiazépines (Critères CIM-10)

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

5. Complications des troubles addictologiques liés aux benzodiazépines et apparentés

5.1. Syndrome de sevrage aux benzodiazépines (Critères CIM-10)

Toute prescription prolongée de benzodiazépines, a fortiori à fortes doses, expose, en cas d'arrêt brutal accidentel ou non (oubli, hospitalisation, etc.), à un risque de syndrome de sevrage.

Les facteurs suivants sont associés à la sévérité du syndrome de sevrage :

* la rapidité de diminution de la posologie ;
* la consommation d'une posologie élevée de benzodiazépines ;
* la demi-vie courte d'élimination du médicament ;
* l'existence d'une anxiété importante à l'arrêt ;
* l'existence d'un épisode dépressif caractérisé associé ;
* la surconsommation régulière d'alcool ou d'une autre substance psycho active.

	Définition	Symptômes	Délai d'apparition et d'évolution
Syndrome de sevrage.	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise.	Signes généraux fréquents : **Tremblements,** anxiété, insomnie, céphalées. Signes plus spécifiques : **confusion, hallucination.** Plus rarement : troubles de vigilance, **convulsions,** incoordination motrice, coma.	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive.

5.2. Complications non-psychiatriques

* Principaux risques liés à l'intoxication aiguë :
  - décès par surdosage
  - accident, agression, viol
  - chute (personnes âgées)

* Principaux risques liés à l'usage prolongé :

Il existe une suspicion de troubles cognitifs induits par les benzodiazépines. Des auteurs français ont retrouvé récemment une augmentation du risque de démence type Maladie d'Alzheimer en cas d'usage prolongé de benzodiazépines, mais ces résultats sont encore débattus sur le plan international.

5.3. Complications psychiatriques

Les benzodiazépines sont fréquemment prescrites chez les patients présentant des troubles psychiatriques. Ces sujets sont les plus à risque de présenter des comorbidités addictologiques, et ainsi de développer un trouble addictologique lié à l'usage des benzodiazépines.

Une prescription ou une prise prolongée ou inadaptée de benzodiazépines expose à une majoration de symptômes psychiatriques (anxiété, dépression, idées suicidaires) par effet de tolérance et perte d'effets thérapeutiques.

6. Prévention et prise en charge addictologique

6.1. Stratégies de prévention

La prévention commence par l'amélioration de l'information des professionnels de santé et des patients.

Règles à suivre pour la prescription :

* L'idéal est de prévoir l'arrêt d'une benzodiazépine dès son introduction et de s'interroger, à chaque renouvellement d'ordonnance, sur la persistance de l'indication et du maintien de la posologie actuelle, et sur l'éventuelle tolérance thérapeutique, voire une dépendance.
* Formation médicale initiale et continue sur les psychotropes, en particulier sur les modifications des conditions de prescription et de délivrance des différentes spécialités.
* Encadrement de la prescription et de la délivrance plus rapproché.
* Pour limiter la survenue d'un trouble lié à l'usage de benzodiazépines, il est important que les pratiques de prescription suivent les **Références Médicales Opposables** :
  - **Toujours rechercher la posologie minimale efficace** ;
  - **Pas d'association entre deux anxiolytiques dans le traitement de l'anxiété** ;
  - **Pas de prescription de benzodiazépines à visée anxiolytique au-delà d'une durée de 12 semaines** ;
  - **Pas d'association entre deux hypnotiques dans le traitement de l'insomnie** ;
  - **Pas de prescription de benzodiazépines (ou apparentés) à visée hypnotique supérieure à 4 semaines**.

Règles à suivre pour l'information des patients :

* L'information et l'éducation thérapeutique du patient sont primordiales. Elles jouent un rôle important dans la prévention des reprises de mésusage de médicaments psychotropes.

* Des alternatives telles que les prises en charge psychothérapeutiques doivent être prises en compte. Elles sont souvent plus efficaces que le maintien inadapté d'un traitement par benzodiazépines ou apparentés.

6.2. Stratégies d'arrêt encadré des benzodiazépines (« sevrage »)

Le sevrage est la procédure consistant à atteindre un arrêt d'usage de benzodiazépines. Contrairement à d'autres substances, le sevrage aux benzodiazépines se fait lentement (cf. plus loin).

Le sevrage peut être ambulatoire (situation la plus fréquente) ou hospitalier.

La décision se prend après **évaluation de la difficulté d'arrêt des benzodiazépines**.

* Existence de signes de sevrage constitue un obstacle important et impose une prise en charge spécifique.
* Patients prenant des posologies élevées : risques de syndrome de sevrage plus sévère, d'échec à l'arrêt et de reprise du traitement.
* La prise concomitante de plusieurs psychotropes rend l'arrêt des benzodiazépines plus difficile.
* La consommation de benzodiazépines à visée anxiolytique.
* La consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives avant l'arrêt augmentent le risque de reprise de benzodiazépines.
* Une insomnie sévère, un trouble anxieux mal traité, une détresse psychologique sont des facteurs de risques de reprise de mésusage de médicaments psychotropes.

6.2.1. Le sevrage en ambulatoire

Chez un sujet avec dépendance aux benzodiazépines, l'arrêt des benzodiazépines se fait de manière extrêmement progressive. Il est conduit sur plusieurs semaines voire plusieurs mois pour les utilisations longues ou les posologies élevées.

Il n'existe pas de schéma consensuel de décroissance. Cela dépend beaucoup de chaque situation (caractéristiques patient, posologies de départ, etc.).

Le sevrage peut être conduit en médecine générale, ou bien en consultation spécialisée d'addictologie (par exemple en CSAPA).

Pour les patients avec complications ou comorbidités médicales importantes, un suivi renforcé doit être mis en place. Le recours à des prises en charges multidisciplinaires doit être considéré au cas par cas.

Au cours de ces consultations, il est nécessaire :

* de repérer les symptômes de sevrage ou des symptômes nouveaux (réapparition de symptômes anxieux) ;
* d'évaluer l'adhésion au protocole d'arrêt ;
* de rechercher une augmentation des consommations associées (alcool, tabac ou autres substances psychoactives) ;
* de titrer la réduction de posologie : demander au patient de ramener les comprimés non utilisés ;
* de réaliser un renforcement positif du patient en cas de diminution régulière de posologie.

Un suivi après l'arrêt du traitement doit être mis en place. Il est recommandé une consultation dans les jours qui suivent la dernière prise de traitement, afin d'évaluer les symptômes liés à l'arrêt du traitement et de donner une information claire sur les rebonds d'insomnie et/ou d'anxiété

possibles. Selon les cas, il peut être proposé au patient de ramener les boîtes de benzodiazépines non utilisées à son pharmacien, et d'intégrer ce dernier dans le suivi.

Un suivi ambulatoire régulier doit être maintenu lors des premiers mois suivants l'arrêt.

6.2.2. Le sevrage en milieu hospitalier peut se voir dans deux situations

Un sevrage de benzodiazépines peut être amorcé ou intégralement réalisé à l'hôpital dans les cas suivants :

* Hospitalisation programmée spécifiquement pour sevrage de benzodiazépines.

En cas de doses très élevées de benzodiazépines, insomnie rebelle, dépendance à l'alcool et autre substance psychoactive, troubles psychiatriques sévères, antécédents de syndrome de sevrage sévère et convulsions.

* Au cours d'une hospitalisation pour un autre motif.

Décision en accord avec le patient et en concertation avec le médecin traitant en informant le pharmacien habituel du patient.

6.3. Stratégies de réduction des dommages et des risques

Bien que l'objectif idéal soit l'arrêt complet de la consommation de benzodiazépines, l'obtention d'une diminution de la posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable. La réduction de la posologie est déjà un facteur pronostic favorable à l'arrêt de la consommation lors d'une tentative d'arrêt ultérieure.

Si la stratégie d'arrêt échoue, il est recommandé d'encourager le patient à recommencer ultérieurement après évaluation des raisons de l'échec.

L'atteinte d'objectifs intermédiaires (réduction de la fréquence des prises et des doses moyennes, réduction des hospitalisations pour intoxication, disparition de signes de sevrage matinaux,...) peut être définie en l'impossibilité de réaliser un sevrage à un moment donné ou en cas d'échecs répétés.

Dans certains cas, certaines mesures d'encadrement peuvent être mises en place : délivrance unique, pharmacie de délivrance, contrat médecin CPAM.



La France est le deuxième pays européen concernant la consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques.

Les benzodiazépines et apparentés sont à haut risque addictif, surtout en prescription prolongée.

La majorité des consommateurs sont des femmes.

Les comorbidités à rechercher sont le trouble dépressif caractérisé, les troubles anxieux et les autres addictions.

Les complications principales sont les troubles mnésiques et le risque de chute et ses conséquences.

La prise en charge d'un trouble lié à l'usage des benzodiazépines et apparentés est réalisée la majorité du temps en ambulatoire.

Elle repose principalement sur une décroissance très progressive des posologies.

Références pour approfondir

HAS : Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez la personne âgée.

Rapport d'expertise : *État des lieux en 2013 de la consommation de benzodiazépines en France,* ANSM, 2014.

Rapport d'expertise : *Médicaments psychotropes consommations et dépendances. Synthèse et recommandations*, Inserm, 2012.

Cloos J.-M. *et al.*, « Addiction aux benzodiazépines : prévalence, diagnostic et traitement », *EMC – Psychiatrie*, 2011, 10.

CIM-10.

76

item 76

ADDICTION

AU CANNABIS, À LA COCAÏNE, AUX AMPHÉTAMINES, AUX OPIACÉS, AUX DROGUES DE SYNTHÈSE

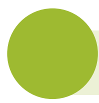


* Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.
* Connaître les principes de prise en charge (sevrage thérapeutique, prévention de la rechute, réduction des risques).
* Connaître les traitements de substitution aux opiacés.
* Planifier le suivi du patient.

CAS CLINIQUES SIDES

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/76





Cannabis



Points clefs

Le principe actif est le tétra-hydro-cannabinol (THC).
Le mésusage de cannabis constitue un problème de santé publique.
On distingue :

* Les troubles liés à l'usage de cannabis : intoxication aiguë, chronique et syndrome de sevrage.
* Les troubles induits par la substance (trouble psychotique, trouble anxieux, syndrome confusionnel).

Le traitement repose sur la prévention, la prise en charge addictologique, médicale générale, scolaire et sociale.
Le traitement de l'intoxication et du sevrage sont symptomatiques.

1. Introduction

Le principe psychoactif essentiellement responsable des effets psychotropes du cannabis est le Delta9-tétra-hydro-cannabinol (Delta9-THC). Il agit sur les récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 qui régulent la neurotransmission glutamatergique et GABA et potentialise également la libération de dopamine. Le cannabis est issu de la plante Cannabis Sativa. Il se présente principalement sous les formes suivantes, par ordre de concentration croissante en Delta9-THC :

* herbe (marijuana),
* résine (haschich),
* huile, plus rare.

De manière globale, le taux de Delta9-THC des produits est en augmentation.

Le cannabis est surtout fumé sous forme de cigarettes mélangées à du tabac (joints), mais peut aussi être utilisé sous forme de pipe, pipe à eau (bang, douilles) ou plus rarement ingéré (*space cake*). Le cannabis peut également être vaporisé (sans tabac ajouté).

2. Épidémiologie

Il s'agit d'un problème de santé publique. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France parmi les 11-75 ans, on estime à 17 millions le nombre de personnes ayant déjà expérimenté le cannabis au moins une fois, 1,4 million le nombre d'usagers réguliers (au moins 10 consommations dans le mois). La consommation régulière est surtout masculine, quelle que soit la tranche d'âge. À 17 ans, plus de 45 % des jeunes déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie. L'expérimentation concerne autant les filles que les garçons.

3. Intoxication aiguë, chronique, et usage à risques

3.1. Syndrome d'intoxication aiguë (ou « ivresse cannabique »)

Les effets du cannabis apparaissent environ 15 à 20 minutes après consommation s'il est fumé, plusieurs heures s'il est ingéré. Les effets s'estompent en plusieurs heures : environ 4 heures pour la consommation d'une dose classique.

L'importance des effets du cannabis dépend de la dose utilisée, de la méthode d'administration, et de facteurs individuels comme le taux d'absorption, la tolérance.

Sur le plan neuropsychique, les effets attendus d'une prise de cannabis sont une euphorie en général modérée et un sentiment de bien-être pouvant être suivis d'une sédation. Ils peuvent être accompagnés ou remplacés par des troubles du jugement, un retrait social temporaire ou de l'anxiété, parfois jusqu'aux idées de références (« effet parano »). Une sensation subjective de ralentissement du temps ou des modifications des perceptions sensorielles pouvant aller jusqu'aux hallucinations peuvent être présentes. On peut également retrouver une altération de la coordination motrice, des troubles de l'équilibre, un trouble de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention.

Sur le plan physiologique non-psychiatrique, l'intoxication aiguë au cannabis peut entraîner une hyperhémie conjonctivale, une augmentation de l'appétit, une sensation de bouche sèche, une tachycardie.

3.2. Syndrome d'intoxication chronique

L'usage régulier de cannabis peut entraîner une altération des performances cognitives avec notamment des troubles de la mémoire, des troubles des fonctions exécutives et des difficultés attentionnelles.

Lorsqu'il entraîne par ailleurs une indifférence affective, un désinvestissement des relations sociales, une baisse des performances au travail ou à l'école, l'ensemble de ce tableau est qualifié de « syndrome amotivationnel ».

3.3. Usage à risque de cannabis

Les complications liées à l'usage de cocaïne peuvent survenir dès la première prise (cf. partie 5). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

En conséquence, tout usage de cannabis peut être considéré comme un mésusage, et en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage de cannabis, comme un usage à risque.

4. Troubles addictologiques liés au cannabis

4.1. Usage de cannabis nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. « Introduction de la partie addictologie du référentiel ».

4.2. Dépendance au cannabis (critères CIM-10)

Cf. « Introduction de la partie addictologie du référentiel ».

5. Complications des troubles addictologiques liés au cannabis et troubles associés

5.1. Syndrome de sevrage

10 à 40 % des usagers de cannabis rapportent des symptômes de sevrage du cannabis. Ce phénomène concerne plus souvent les consommations importantes et régulières. Le syndrome de sevrage peut associer :

* Irritabilité, agressivité ;
* Anxiété, nervosité ;
* Impatience, incapacité à rester en place ;
* Humeur dépressive ;
* Troubles du sommeil (insomnies, cauchemars) ;
* Diminution de l'appétit ou perte de poids ;
* Ainsi que certains de ces signes physiques : douleurs abdominales voire vomissements, tremblement, sudation excessive, fièvre, frissons, céphalées.

La plupart des symptômes apparaissent en 24 à 72 heures après l'arrêt des consommations, sont maximaux pendant la première semaine et durent une à 2 semaines. Les troubles du sommeil peuvent durer jusqu'à un mois.

5.2. Syndrome confusionnel par intoxication au cannabis

Le syndrome s'installe en quelques heures ou quelques jours et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. On retrouve :

* Une perturbation de la conscience (baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention ;
* Une modification du fonctionnement cognitif (déficit de la mémoire, désorientation, perturbation du langage) ou survenue d'une perturbation des perceptions.

5.3. Complications psychiatriques

5.3.1. Trouble psychotique induit par un usage de cannabis

Un trouble psychotique peut apparaître pendant ou peu après une intoxication aiguë au cannabis (jusqu'à un mois après l'intoxication). La symptomatologie clinique rejoint celle du trouble psychotique bref (cf. Item 61). Le traitement implique l'arrêt de l'intoxication et éventuellement un traitement par antipsychotiques. Un trouble induit par un usage de cannabis est aussi grave que tout trouble psychotique bref, présente les mêmes risques évolutifs et doit donc être traité et surveillé de la même manière.

5.3.2. Schizophrénie

L'usage régulier de cannabis peut

* précipiter l'entrée dans la maladie chez les sujets vulnérables. Ce risque est modulé par la précocité des consommations, la nature du cannabis consommé (titrage en THC), et la présence d'antécédents familiaux de psychose
* altérer l'évolution de la pathologie parmi ceux qui l'ont déjà développée : aggravation des symptômes productifs, augmentation du nombre d'épisodes et du nombre d'hospitalisations.

5.3.3. Troubles anxieux

L'intoxication au cannabis peut induire des attaques de paniques (parfois qualifiées de « bad trip » par les usagers). La répétition de celles-ci peut conduire à un véritable trouble anxieux généralisé (cf. Item 64).

5.3.4. Trouble dépressif

Le risque de présenter une dépression est augmenté chez l'adulte et l'adolescent ayant un usage régulier de cannabis.

5.3.5. Trouble bipolaire

L'usage de cannabis peut aggraver un trouble bipolaire existant (risque d'états maniaques, provocation de cycles rapides).

5.4. Complications non-psychiatriques

Ces complications ne doivent pas être sous estimées par rapport aux complications psychiatriques, notamment dans le message préventif délivré aux usagers.

Pulmonaires	* Activité bronchodilatatrice immédiate et transitoire * Bronchite chronique * Cancer broncho-pulmonaire
Cardiovasculaires	* Augmentation du débit cardiaque et cérébral, hypotension artérielle * Vasodilatation périphérique * Bradycardie * Cas d'artériopathie type maladie de Buerger * Syndrome coronarien
Carcinogénicité	* Cancers des voies aérodigestives supérieures (association au tabac) * Cancers broncho-pulmonaires
Ophtalmologiques	* Photosensibilité * Hyperhémie conjonctivale * Mydriase inconstante
Traumatologiques	* Troubles de la coordination motrice, accidentogène (association à l'alcool)

6. Prévention et prise en charge addictologique

6.1. Prévention

Le principe de la prévention repose sur la prise en charge de la personne, ce quelle que soit la substance. La prévention s'intéresse à l'histoire de chacun, prend en compte son environnement et se fonde sur la qualité de la relation entre l'acteur de prévention et le consommateur.

Cette conception permet d'éviter toute attitude de jugement qui participerait à la stigmatisation et à l'exclusion des consommateurs.

Les principaux objectifs de la prévention sont d'éviter la première consommation de substances psychoactives ou la retarder et agir sur les consommations précoces (prévention primaire) ; d'éviter le passage à une dépendance (prévention secondaire) ; de prévenir les risques et réduire les dommages liés à la consommation (prévention tertiaire).

6.2. Prise en charge générale

La prise en charge d'un patient souffrant d'un mésusage de cannabis se décline à plusieurs niveaux :

Prise en charge globale : un suivi pluridisciplinaire doit être proposé au patient avec évaluation psychiatrique, médicale générale et sociale. La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins, elle ne se fait pas en urgence. Les soins tiennent compte de l'objectif du patient (arrêt ou diminution des consommations).

Prise en charge psychothérapeutique : plusieurs techniques sont utilisées dont les thérapies cognitives et comportementales, l'entretien motivationnel et les techniques de prévention de la reprise du mésusage. Les thérapies familiales multi-dimensionnelles (impliquant les intervenants éducatifs ou scolaires) ont démontré leur efficacité pour les jeunes consommateurs.

Prise en charge addictologique : le bilan de la dépendance est la première étape de la prise en charge (histoire, parcours de soins antérieurs, co-dépendances). L'objectif du soin sera l'arrêt du mésusage ou la réduction des consommations.

Prise en charge des comorbidités : il est nécessaire de rechercher et prendre en charge systématiquement les complications et comorbidités psychiatriques (trouble anxieux et trouble de l'humeur), non-psychiatriques et les éventuelles co-addictions. Une aide à l'arrêt du tabac doit en particulier être discutée avec le patient.

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë

Le traitement de l'intoxication aiguë au cannabis est symptomatique : prescription d'anxiolytiques en cas d'angoisse majeure ou d'agitation (éviter les benzodiazépines, en utilisant en première intention des anxiolytiques histaminergiques de type hydroxyzine), d'antipsychotiques en cas de symptômes psychotiques.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est également symptomatique, associant anxiolytiques (éviter les benzodiazépines en utilisant en première intention des anxiolytiques histaminergiques de type hydroxyzine), anti-émétiques, antalgiques non opioïdes.



Résumé

Le principe actif est le tétra-hydro-cannabinol (THC) qui agit sur les récepteurs endocannabinoïdes.

1,4 million de sujets sont consommateurs réguliers en France.

L'intoxication aiguë associe une sensation de bien-être suivie d'une euphorie, une sédation, une altération du jugement, un retrait social, des distorsions des perceptions sensorielles ou de la perception du temps, une altération des performances motrices ou cognitives.

L'usage régulier de cannabis peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage lors d'un arrêt brutal des consommations.

L'intoxication chronique peut générer une altération des performances cognitives, un désintérêt social, une baisse des performances au travail ou à l'école.

Un trouble psychotique induit par l'usage de cannabis peut apparaître pendant ou peu après une intoxication aiguë (jusqu'à un mois après).

Le cannabis peut, d'une part, précipiter l'entrée dans la maladie schizophrénique chez les sujets vulnérables, d'autre part, altérer l'évolution de la pathologie parmi ceux qui l'ont déjà développée.

La première étape de la prise en charge repose sur la prévention. La prise en charge de l'intoxication aiguë et chronique est symptomatique. La prise en charge de la dépendance est globale : psychiatrique, médicale générale, scolaire et sociale.

La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins. Les psychothérapies cognitivo-comportementale et familiale ont montré leur efficacité.



Cocaïne



Points clefs

La cocaïne se présente sous forme chlorhydrate (poudre blanche) et sous forme base.
Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.
On peut observer différents effets stimulants proches de la sphère maniaque.
Le traitement de l'intoxication aiguë ainsi que le traitement du sevrage sont symptomatiques.
Il n'existe aucun antidote spécifique de l'overdose en cocaïne.
Il n'existe pas de traitement médicamenteux préventif d'une reprise d'un mésusage de cocaïne validé à ce jour.
Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans le traitement de l'usage nocif pour la santé et de la dépendance.

1. Introduction

La cocaïne est extraite des feuilles du coca, cultivées principalement en Amérique du Sud, en Indonésie et dans l'Est de l'Afrique.

La cocaïne se présente sous :

* une **forme chlorhydrate** (poudre blanche) obtenue à partir de la feuille de coca, consommée par voie intranasale (sniff) ou par voie intraveineuse (injection).
* une **forme base** (cailloux, galettes) obtenue après adjonction de bicarbonate de soude (crack) ou d'ammoniaque (freebase) au chlorhydrate de cocaïne afin d'être inhalée (fumée) ou injectée.

2. Épidémiologie

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus fréquemment utilisée en Europe. L'âge moyen de la première consommation est de 22 ans. L'âge moyen à l'entrée en traitement est de 33 ans. En moyenne, les hommes sont trois à quatre fois plus consommateurs que les femmes. Il y a 400 000 personnes touchées par un problème de consommation de cocaïne en France.

3. Intoxication aiguë et usage à risque

3.1. Intoxication aiguë à la cocaïne

Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.

On observe différents effets rappelant une symptomatologie maniaque :

* euphorie (dure quelques minutes) ;
* sensation de bien-être, augmentation de l'énergie ;
* idées de grandeur ;
* tachypsychie ;
* désinhibition ;
* hypervigilance ;
* augmentation de la concentration ;
* anorexie ;
* éveil sensoriel ;
* augmentation de l'intérêt et de l'excitation sexuelle ;
* insomnie ;
* tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, pâleur cutanée.

À la suite de la phase d'euphorie succède une phase transitoire (quelques minutes à quelques heures) de dysrégulation hédonique (« descente ») caractérisée par une dysphorie, une asthénie, une irritabilité, une perte de l'estime de soi, une anxiété.

Les usagers tentent souvent de gérer cette phase par la consommation d'autres psychotropes (alcool, benzodiazépines, opiacés, cannabis...), pouvant être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

3.2. Usage à risque de cocaïne

Les complications liées à l'usage de cocaïne peuvent survenir dès la première prise (cf. partie 5). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

En conséquence, tout usage de cocaïne peut être considéré comme un mésusage, et donc, en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage de cocaïne, comme un usage à risque.

4. Troubles addictologiques liés à l'usage de cocaïne

4.1. Usage de cocaïne nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

4.2. Dépendance à la cocaïne (critères CIM-10)

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel.

5. Complications des troubles addictologiques liés à la cocaïne

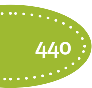
5.1. Syndrome de sevrage de la cocaïne

Les symptômes (humeur dysphorique, asthénie, troubles du sommeil à type d'hypersomnie, augmentation de l'appétit, ralentissement psychomoteur, agitation) apparaissent quelques jours après l'arrêt de la cocaïne et peuvent durer plusieurs semaines.

Les consommateurs peuvent, également dans ce cas, gérer ce syndrome de sevrage avec de l'alcool, du cannabis, des opiacés ou des médicaments psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques), qui peuvent être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

5.2. Complications psychiatriques

* Épisode et trouble dépressif caractérisé ;
* tentatives de suicide ;
* épisodes délirants aigus induits (pharmacopsychose) ;
* attaques de panique induites ;
* paranoïa induite par la cocaïne ;
* syndrome de recherche compulsive de crack (recherche compulsive de cristaux).



5.3. Complications médicales non-psychiatriques

Cardiovasculaires	* Syndrome coronarien aigu * Troubles du rythme cardiaque * Dysfonction ventriculaire gauche * Dissection aortique * Thromboses artérielles et veineuses
Neurologiques	* Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique * Crises convulsives
Troubles cognitifs	**Usage aigu** * Amélioration artificielle et ponctuelle des capacités cognitives **Usage chronique** * Altération des capacités attentionnelles (attention soutenue, partagée, focale), mnésiques, des fonctions exécutives (prise de décision, inhibition de réponse) * Atrophie des régions préfrontales et temporales
Pulmonaires	* Bronchospasme * Pneumothorax * Hémorragies * Syndrome respiratoire aigu suite à l'inhalation de crack ou free base (crack lung)
ORL (lors d'un usage chronique par voie nasale)	* Lésions de la cloison nasale et du palais * Infections naso-sinusiennes liées aux lésions de la cloison nasale

Infectieuses	* Infections virales (VIH, VHB, VHC) * Infections bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, bactériémies) * Infections sexuellement transmissibles
Association de la cocaïne avec de l'alcool (L'alcool est un facteur de reprise des consommations de cocaïne)	* Augmentation de la consommation de cocaïne et de l'envie de consommer * Syndrome coronarien aigu, arythmie cardiaque, cardiomyopathies * Risque d'AVC * Augmentation des accidents de la route
Grossesse	* RCIU, infarctus placentaires * Syndrome de sevrage des nouveau-nés (crack babies)

6. Prévention et prise en charge

6.1. Prévention

Cf. Cannabis, « Prévention ».

6.2. Prise en charge générale

Adaptée à la situation clinique du patient et répondant à ses besoins et ses attentes.

Ambulatoire le plus souvent.

Hospitalisation requise en cas de co-addiction ou de troubles médicaux comorbides psychiatriques ou non-psychiatriques.

Prise en charge individuelle ou en groupe prenant en compte l'environnement familial, les problèmes relationnels socioprofessionnels.

Suivi au long cours dans un centre spécialisé.

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë en cocaïne

Le traitement de l'intoxication aiguë est le traitement des symptômes induits par la consommation de cocaïne. Il n'existe aucun antidote spécifique du surdosage (overdose) en cocaïne.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage de la cocaïne

Le traitement du sevrage est également symptomatique. L'usage de benzodiazépines sera à éviter et des entretiens motivationnels seront effectués.

6.5. Traitement de l'usage nocif pour la santé et de la dépendance

Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans le traitement de l'usage nocif pour la santé et de la dépendance.

Il n'existe pas de traitement médicamenteux préventif d'une reprise d'un mésusage validé à ce jour.

La prise en charge associe un travail autour de l'alliance thérapeutique, un accompagnement médical et psychosocial, ainsi que la mise en place d'une psychothérapie.

Une stratégie de réduction des risques et des dommages doit faire partie de la prise en charge : informer les usagers qu'il faut préférer la voie intranasale, ne pas partager son matériel, éviter les associations avec d'autres produits.

Les comorbidités médicales psychiatriques, non-psychiatriques et addictologiques sont à rechercher et à prendre en charge.



La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus utilisée en Europe.

Les hommes sont trois à quatre fois plus consommateurs que les femmes.

Lors de la consommation, une phase transitoire (durant quelques minutes à quelques heures) de dysrégulation hédonique fait suite à une phase d'euphorie.

Les usagers peuvent tenter de gérer cette phase par la consommation d'autres psychotropes, pouvant être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

Les symptômes de sevrage apparaissent quelques jours après l'arrêt de la cocaïne et peuvent durer plusieurs semaines.

La prise en charge doit s'adapter à la situation clinique du patient et répondre à ses besoins et ses attentes.

La prise en charge associe un travail autour de l'alliance thérapeutique, d'un accompagnement médical et psychosocial, ainsi que de la mise en place d'une psychothérapie.

Amphétamines



Points clefs

En France, l'âge moyen de la première consommation d'amphétamines est de 19 ans, l'âge moyen à l'entrée en traitement est de 28 ans avec 71 % d'hommes et 29 % de femmes.
Le risque addictif est important en cas d'usage répété, en fonction du contexte individuel et environnemental.
Des médicaments sédatifs (neuroleptiques ou antipsychotiques) peuvent être administrés pour traiter les premiers symptômes de sevrage au début d'un sevrage, en l'absence d'AMM pour un traitement pharmacologique spécifique.
La prise en charge au long cours, qui se déroule généralement dans des services spécialisés, est éventuellement assortie d'un sevrage en milieu hospitalier. Elle repose sur l'entretien motivationnel et la prévention de la reprise du mésusage.

1. Introduction

L'amphétamine (speed, pilule, pill, pilou, peanut), la méthamphétamine (speed, meth, crystal meth, ice, tina, yaba) et la MDMA, méthylène-dioxy-métamphétamine (ecstasy) sont des drogues illégales de synthèse élaborées en laboratoire. Les amphétamines se présentent sous forme de comprimés à avaler (gober) ou de poudre à consommer par voie intranasale (sniffer) ou à injecter. La méthamphétamine se présente sous formes de cristaux à inhaler, de comprimés ou de poudre.

Plus rarement elles sont absorbées sur du papier buvard, *via* une micropointe, ou en liquide. Les amphétamines sont des substances addictives puissantes avec des effets aigus et chroniques intenses et un risque addictif élevé.

2. Épidémiologie

2.1. Production et usage

La fabrication de ces drogues est difficile à mesurer étant donné qu'elle est très répandue et souvent à petite échelle car peu coûteuse. La production mondiale reste cependant concentrée en Europe (Pays-Bas, Belgique, Pologne, Bulgarie, Turquie et Estonie).

2.2. Prévalence et facteurs de risque de dépendance

Près de 13 millions d'Européens ont essayé une amphétamine au cours de leur vie et environ 2 millions en ont consommé au cours des douze derniers mois. Ces chiffres sont similaires concernant l'ecstasy. Selon les pays, l'usage concerne 1 à 10 % des jeunes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rapporte une prévalence du trouble lié à l'usage d'amphétamines en Europe de l'Ouest de 0,26 % en population générale. La dépendance aux amphétamines est associée au sexe masculin et aux tranches d'âge les plus jeunes, ainsi qu'à la présence d'autres troubles psychiatriques, notamment les troubles addictifs.

Parmi les consommateurs d'amphétamines qui bénéficient d'un traitement, l'âge moyen de la première consommation est de 19 ans, l'âge moyen à l'entrée en traitement est de 28 ans avec 71 % d'hommes et 29 % de femmes.

Ainsi, l'amphétamine et l'ecstasy restent à ce jour les stimulants de synthèse les plus couramment consommés en Europe.

3. Intoxication aiguë, intoxication chronique, et usage à risque

Chaque utilisateur réagit différemment selon son état physique et psychique, selon le produit et le contexte d'usage.

3.1. Effets aigus d'une consommation

Les amphétamines induisent un renforcement de la neurotransmission sympathomimétique et monoaminergique, produisant des effets euphorisants et stimulants :

- une euphorie et une sensation de bien-être ;
- un renforcement de la confiance en soi ;
- une attention et une concentration accrues ;
- une accélération du déroulement des pensées ;
- une augmentation du désir sexuel ;
- une augmentation de la pression sanguine ;
- une accélération du rythme cardiaque ;
- une dilatation des bronches ;
- une augmentation de la fréquence respiratoire.



La méthamphétamine se distingue par ses effets puissants et durables et par son potentiel addictif majoré. Elle est en effet plus rapidement et plus complètement absorbée par le cerveau que l'amphétamine. Fumer ou injecter la méthamphétamine produit un « rush » ou « flash » rapide qui se fait sentir de 3 à 5 minutes après l'inhalation tandis que l'effet se fait sentir de 20 à 30 minutes plus tard par voie orale.

Les usagers d'ecstasy/MDMA rapportent des effets euphorisants et empathogènes » (se mettre à la place d'autrui) ou « entactogènes » (besoin intense de contact physique). Les délais d'action sont de 30 à 120 minutes selon les individus et varient beaucoup avec la dose ingérée.

3.2. Urgence médicale : le syndrome d'intoxication aiguë aux amphétamines

Il est la conséquence de l'augmentation massive de la neurotransmission monoaminergique dans son ensemble, principalement au plan de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine, selon les délais décrits en 3.1.

hyperthermie maligne (cause de décès). Le tableau est celui d'un syndrome sérotoninergique.

* Manifestations centrales : hyperthermie, agitation, confusion, crise épileptique, coma, mydriase avec réaction à la lumière conservée, sueurs profuses.

* Manifestations périphériques : tachycardie, hypertension, sudation, pâleur par vasoconstriction périphérique, rhabdomyolyse, nausées, vomissements.

3.3. Syndrome d'intoxication chronique

La consommation chronique d'amphétamine entraîne rapidement une tolérance.

Il existe de nombreux signes psychiatriques et non-psychiatriques de la consommation chronique d'amphétamines. On peut ainsi retrouver une perte de poids (effet anorexigène des amphétamines, commercialisées comme « coupe-faim » jusque dans les années 90), un affaiblissement du système immunitaire, des lésions de certains organes (en particulier les reins, l'estomac et l'intestin), des œdèmes pulmonaires, des troubles du rythme cardiaque et des lésions cardiaques. On observe également l'assèchement des muqueuses de la bouche et de la gorge, des états d'épuisement avec troubles graves du sommeil. Au plan psychiatrique, on peut retrouver une dyssomnie ainsi qu'une grande variété de symptômes anxieux, dépressifs, et émotionnels (irritabilité, sautes d'humeur) sans épisode caractérisé. Des symptômes psychotiques transitoires avec hallucinations, idées délirantes et troubles du comportement sont observés.

Au cours de l'intoxication chronique, le risque addictif est important. On peut voir s'installer une majoration des préoccupations pour l'obtention et la consommation du produit et une difficulté croissante à s'abstenir en dehors des occasions initiales ou habituelles (cf. diagnostic de dépendance).

3.4. Usage à risque d'amphétamine

Les complications liées à l'usage de l'amphétamine peuvent survenir dès la première prise (cf. partie 5). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

En conséquence, tout usage d'amphétamine peut être considéré comme un mésusage, et donc, en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage d'amphétamine, comme un usage à risque.

4. Troubles addictologiques liés aux amphétamines

4.1. Usage d'amphétamines nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. Introduction de la partie addictologie du référentiel.

4.2. Dépendance aux amphétamines (critères CIM-10)

Cf. Introduction de la partie addictologie du référentiel.

Le syndrome de dépendance est similaire à celui des autres substances addictives. On notera la présence particulièrement fréquente de l'envie impérieuse et douloureuse de consommer (« craving »), souvent très intense, à l'origine des reprises du mésusage.

5. Complications des troubles addictologiques liés aux amphétamines



5.1. Syndrome de sevrage

Un syndrome de sevrage peut survenir en quelques jours après l'arrêt et peut durer plusieurs semaines, surtout lorsque la consommation se fait par voie intraveineuse ou par inhalation.

On peut principalement observer une dysphorie, une asthénie intense, une anhédonie, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration. Il peut y avoir la constitution d'un véritable épisode dépressif caractérisé, c'est-à-dire durant au-delà de la période attendue de sevrage et à traiter comme tel.

5.2. Complications psychiatriques

- Épisode et trouble dépressifs caractérisés ;
- épisodes délirants aigus (pharmacopsychose) ;
- attaques de panique induites ;
- risque suicidaire ;
- troubles cognitifs ;
- troubles de l'humeur ;
- troubles anxieux.

5.3. Complications non-psychiatriques (cf. tableau 1)

Cardiovasculaires	* Syndrome coronarien aigu * Urgence hypertensive (notamment dissection aortique) * Trouble du rythme * OAP * Cardiomyopathies
Neurologiques	* AVC ischémique, hémorragie cérébrale * Manifestations motrices extrapyramidales (tremor, mouvements choréiformes, hyperréflexie, bruxisme, trismus)
Vasculaires	* Insuffisance rénale aiguë (rhabdomyolyse) * Ischémie intestinale (colite ischémique) * Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) * Hépatotoxicité avec insuffisance hépatique aiguë * Vascularites nécrosantes * Hypertension pulmonaire en cas d'abus chronique
Cutanéo-muqueuses	* Lésions dermatologiques et ORL et odontologiques avec la méthamphétamine

Tableau 1 : principales complications non-psychiatriques de l'intoxication aux amphétamines.

Comme dans les autres addictions, ces complications peuvent ne pas être spécifiques au produit mais liées au mode de consommation en cas d'échange de matériel (seringues ++, mais aussi pailles ou pipes) ou de comportements sexuels à risque. On retrouve ainsi une prévalence majorée d'infections virales (VIH, VHC, VHB +/- D) et bactériennes (syphilis, gonocoque, chlamydia).

6. Notions de physiopathologie

Les amphétamines sont des inhibiteurs puissants de la recapture de la dopamine, de la sérotonine et de la noradrénaline. Elles ont aussi des effets pro-glutamatergiques marqués, et l'on comprend aisément que leur usage aigu ou chronique, notamment en quantité importante, puisse générer une myriade de symptômes et syndromes psychiatriques.

Ces effets sont pourtant relativement simples à standardiser car l'amphétamine est facilement produite et dosée. Ils servent ainsi de modèles dans de nombreuses expériences animales et humaines en addictologie. On notera particulièrement les travaux de Nora Volkow aux USA, qui ont généré de grandes connaissances en imagerie fonctionnelle (IRM/TEP) sur l'usage de stimulants et du craving.

7. Le pronostic et l'évolution

L'évolution de la dépendance aux amphétamines est volontiers chronique, favorisée par les comorbidités psychiatriques dont addictives et un faible étayage psychosocial. À l'instar des troubles psychiatriques et addictifs en général, les individus souffrant d'usage problématique d'amphétamines ont un faible contact avec les soins, ce qui grève encore plus leur pronostic.

7.1. La mortalité

La dépendance aux amphétamines ne semble pas indépendamment associée aux conduites suicidaires, une fois que les facteurs confondants comme les comorbidités psychiatriques, addictives, le sexe et l'âge sont bien pris en compte dans les analyses. L'usage excessif de méthamphétamine semble associé à des taux standardisés de mortalité très élevés, ce qui est moins évident pour les autres amphétamines.

Cependant, la dépendance aux amphétamines dans leur ensemble reste associée à une perte d'espérance de vie au plan de la population mondiale.

7.2. La morbidité

En cas de dépendance, l'impact psychosocial est majeur au plan des relations familiales et du fonctionnement professionnel d'après les mesures standardisées de l'OMS. Étant donné l'âge jeune des consommateurs, l'impact scolaire peut être significatif et difficile à rattraper par la suite.

8. Prévention et prise en charge addictologique



8.1. Stratégies de prévention

Cf. prévention, chapitre cannabis.

8.2. Prise en charge médicale des troubles liés à l'usage d'amphétamine

À ce jour, il n'y a aucune AMM concernant le traitement pharmacologique de l'usage nocif et de la dépendance aux amphétamines. Ainsi, les interventions psychosociales dispensées dans des services ambulatoires spécialisés en addictologie constituent les premières options de traitement des troubles liés à l'usage d'amphétamines. Ces interventions comprennent essentiellement une motivation au changement de comportement par les techniques d'entretien motivationnel.

En cas de dépendance, les techniques d'entretien motivationnel sont intégrées à plus long terme dans une stratégie globale de thérapie cognitive et comportementale pour la prévention des reprises du mésusage.

Les usagers dont la dépendance aux amphétamines est compliquée par des troubles psychiatriques concomitants peuvent bénéficier d'un traitement ambulatoire ou en milieu hospitalier, parfois à la faveur d'un passage aux urgences en cas d'agitation aiguë ou d'une complication non-psychiatrique.

En Europe, des médicaments tels les neuroleptiques sédatifs ou antipsychotiques sont administrés pour soulager les symptômes de sevrage. On évitera les benzodiazépines dans cette population à haut risque addictif. La prise en charge demeure l'affaire du spécialiste (addictologue ou psychiatre) en raison :

* de la difficulté de prescription des psychotropes dans cette population ;
* de la longue durée des soins prévisible en cas de dépendance avérée ;

* de la nécessité de prise en charge concomitante des comorbidités psychiatriques et addictologiques ;
* de l'absence de traitement validé dans la prise en charge de la dépendance, même si plusieurs essais cliniques sont conduits avec divers traitements médicamenteux.



L'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA (ecstasy, méthylène-dioxy-métamphétamine) sont des drogues illégales de synthèse élaborées en laboratoire et demeurent les stimulants de synthèse les plus couramment consommés en Europe.

Les amphétamines induisent un renforcement de la neurotransmission sympathomimétique et monoaminergique, produisant des effets euphorisants et stimulants psychiques et cardiovasculaires.

L'intoxication aiguë est la conséquence de l'augmentation rapide de cette neurotransmission. Les manifestations cliniques surviennent dans les 30 à 120 minutes après la prise orale d'amphétamines. La méthamphétamine présente une toxicité aiguë et chronique supérieure aux autres amphétamines.

Un syndrome de sevrage peut survenir en quelques jours après l'arrêt et peut durer plusieurs semaines.

Le risque addictif est majeur, similaire à celui des autres psychostimulants.

Les interventions psychosociales dispensées dans des services ambulatoires spécialisés constituent les premières options de traitement de l'usage pathologique d'amphétamines.



Références pour approfondir



Lien Internet : http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/ecstasy-et-amphetamine/

Degenhardt L., Baxter A.-J., Lee Y.-Y., Hall W., Sara G.-E., Johns N., Flaxman A., Whiteford H.-A. et Vos T., « The global epidemiology and burden of psychostimulant dependence: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010 ». *Drug and Alcohol Dependence* 137 (1 avril 2014): 36-47.

Heal D.-J., Smith S.-L., Gosden J., et Nutt D.-J., « Amphetamine, past and present – a pharmacological and clinical perspective ». *Journal of Psychopharmacology* (Oxford, England) 27, nº 6 (juin 2013): 479-96.



Opiacés



Points clefs

L'héroïne est l'une des drogues de la classe des opiacés.
L'intoxication aiguë associe sensation de bien-être, puis somnolence, puis anxiété et troubles cognitifs.
On distingue :
* les troubles liés à l'usage des opiacés : intoxication aiguë et syndrome de sevrage ;
* les troubles induits par les opiacés (trouble psychotique, trouble anxieux, syndrome confusionnel, dysfonction sexuelle, trouble du sommeil).

Le traitement de l'intoxication aiguë est une urgence, se fait en réanimation et repose sur un traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques : Naloxone (Narcan®).
Le traitement du syndrome de sevrage peut être symptomatique ou se faire par la substitution opiacée.
Les dépendances aux opiacés nécessitent habituellement des traitements de substitution sur des périodes de plusieurs années par la méthadone chlorhydrate ou la buprénorphine (Subutex®).

1. Introduction



Les opiacés comprennent les opiacés naturels (ex. : morphine), semi-synthétiques (ex. : héroïne), et des produits synthétiques ayant une action morphinique (ex. : codéine, méthadone chlorhydrate, oxycodone, fentanyl, nouveaux produits de synthèse). Les opiacés ont plusieurs actions : analgésique, anesthésique, antidiarrhéique ou antitussive. L'héroïne est en général injectée bien qu'elle puisse être fumée ou sniffée quand elle est très pure.

2. Épidémiologie

Héroïne et traitements de substitution aux opiacés : 180 000 consommateurs réguliers d'héroïne en France, 110 000 patients sous Buprénorphine (Subutex®) et 50 000 sous méthadone chlorhydrate. L'âge de début de la consommation est en moyenne de 17-23 ans. Les hommes sont plus fréquemment touchés, avec un rapport homme-femme qui est de 3/1 pour l'héroïne. La prévalence diminue à mesure que l'âge augmente (à partir de 40 ans). Le personnel médical qui a un accès direct aux opiacés, aurait un risque accru de consommation excessive ou de dépendance aux opiacés.

3. Intoxication aiguë aux opiacés et usage à risque

3.1. Intoxication aiguë aux opiacés

L'importance des modifications comportementales et physiologiques qui résultent de l'usage des opiacés dépend de la dose aussi bien que des caractéristiques du sujet qui utilise la substance (p. ex. : tolérance, taux d'absorption, chronicité de l'usage).

Les opiacés peuvent être consommés sous différentes formes : inhalation (fumés), intranasale (sniffés), injectés par voie intraveineuse, ingérés (comprimés, sirop). La cinétique des effets varie selon le mode d'administration et le produit consommé.

L'intoxication aiguë aux opiacés se déroule en trois phases sur le plan psychique :

* « flash » : sensation de bien-être intense et immédiat durant moins de 30 minutes en général ;
* somnolence, apathie pendant 2 à 5 heures ;
* anxiété et troubles cognitifs (troubles mnésiques, troubles de l'attention).

L'intoxication aiguë aux opiacés peut entraîner une overdose (surdosage) avec une dépression respiratoire (bradypnée, dyspnée de Cheynes Stocke), un myosis serré, une hypothermie et parfois un coma stuporeux hypotonique aréflexique avec troubles cardiaques (bradycardie, hypotension et parfois troubles du rythme cardiaque jusqu'au choc cardiogénique), troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales), prurit.

3.2. Usage à risque d'opiacés

Les complications liées à l'usage d'opiacés peuvent survenir dès la première prise (cf. partie 5). Il n'existe pas de seuil de dose connu en dessous duquel il n'y a pas ou très peu de risques.

En conséquence, tout usage d'opiacés peut être considéré comme un mésusage, et donc, en l'absence de trouble addictologique lié à l'usage d'opiacés, comme un usage à risque.

4. Troubles addictologiques liés aux opiacés

4.1. Usage d'opiacés nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. « Introduction de la partie addictologie du référentiel ».

4.2. Dépendance aux opiacés (critères DSM-IV-TR)

Cf. « Introduction de la partie addictologie du référentiel ».

5. Complications des troubles addictologiques liés aux opiacés

5.1. Syndrome de sevrage aux opiacés

Le syndrome de sevrage associe :

Des signes généraux ressemblant à un syndrome pseudo-grippal : frissons, tremblements, myalgies avec parfois contractures musculaires, anorexie, douleurs abdominales, diarrhée, nausées et vomissements (risque de déshydratation et d'hypoglycémie).

Des signes neurovégétatifs : bâillements, larmoiements, rhinorrhée, mydriase bilatérale, tachycardie, hypertension artérielle.

Des signes psychiatriques : anxiété qui peut être majeure avec attaques de panique, irritabilité, agressivité, sensation de manque/envie irrépressible ou irrésistible de consommer (= craving), insomnie avec agitation.

Des signes biologiques : hémoconcentration avec hyperleucocytose, hyperglycémie.

L'intensité du syndrome de sevrage dépend du caractère agoniste fort ou faible de l'opiacé utilisé et de la dose habituellement consommée. Le délai d'apparition et la durée du syndrome de sevrage dépendent de la demi-vie de l'opiacé habituellement ingéré. Pour les sujets dépendants à des produits à courte durée d'action comme l'héroïne, les symptômes de sevrage surviennent 6 à 12 heures après la dernière dose. Ils durent ensuite de 3 à 7 jours. Les symptômes peuvent n'apparaître qu'après 2 à 4 jours dans le cas de produits à demi-vie plus longue comme le chlorhydrate de Méthadone. Ils durent alors jusqu'à 3 semaines après l'arrêt. Anxiété, dysphorie, anhédonie, insomnie peuvent persister dans les semaines et mois qui suivent la fin du syndrome de sevrage physique.

5.2. Complications psychiatriques

Coaddictions à l'alcool, à la cocaïne, aux benzodiazépines.

Risque accru d'épisode dépressif et de trouble anxieux au cours de l'intoxication (trouble induit) ou dans les mois suivant l'arrêt.

Troubles délirants induits par les opiacés (pharmacopsychose).

Comorbidité :

- trouble de personnalité antisociale, borderline (état limite), évitante ;
- stress post traumatique, trouble bipolaire et schizophrénie.

5.3. Complications médicales non-psychiatriques

5.3.1. Opiacés consommés par voie intraveineuse

En rapport avec les injections intraveineuses sont retrouvées :

- des marques d'injection sur la partie inférieure des membres supérieurs,
- des veines sclérosées,
- à l'extrême, les sujets se mettent à utiliser des veines des jambes, du cou ou des lombes.

Lymphœdème des mains (syndrome de Popeye) : constitue une complication particulière liée à l'injection de Subutex® détourné

Complications infectieuses locales : cellulites, lymphangites, abcès.

Complications infectieuses générales : endocardite bactérienne, candidose ophtalmique ou articulaire, hépatite B et C, virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les taux d'infection par le VIH sont de l'ordre de 10 % chez les usagers de drogue par voie veineuse en France, et de l'ordre de 30 % pour le VHC.

5.3.2. Opiacés consommés par voie nasale

Les personnes qui prennent de l'héroïne ou d'autres opiacés par voie nasale (sniffer) développent souvent une irritation de la muqueuse nasale, quelquefois accompagnée d'une perforation de la cloison et des sinusites.

5.3.3. Pour toutes les voies

L'overdose +++ (en particulier l'héroïne) : coma par dépression respiratoire avec myosis et abolition des réflexes ostéo-tendineux. Survient préférentiellement après une période d'arrêt du mésusage, d'hospitalisation ou d'incarcération par injection des mêmes doses qu'auparavant ou lors des réintroductions trop rapides de traitement de substitution.

La consommation chronique d'héroïne ou d'autres opiacés est à l'origine d'un amaigrissement, de lésions dentaires. Chez les femmes, elle induit une aménorrhée qui n'est pas toujours accompagnée d'une infertilité, conduisant à des grossesses de découverte tardive.

La dépendance aux opiacés entraîne des retards de croissance intra-utérins et un risque de fausse couche du fait des épisodes de contractions de la musculature lisse du placenta lors des épisodes de sevrage.

Les nouveau-nés peuvent présenter un syndrome de sevrage en opiacés, que la mère ait consommé de l'héroïne ou ait été sous traitement de substitution (risque moindre avec le Subutex®).

Complications sociales

L'importance du craving dans la dépendance à l'héroïne est à l'origine de comportements délictueux pour se procurer la drogue, vols, prostitution, trafic. Les usagers d'héroïne ont fréquemment été incarcérés.

6. Prévention et prise en charge addictologique

6.1. Prévention

Cf. Cannabis, « Prévention ».

6.2. Prise en charge générale

Prise en charge globale : un suivi pluridisciplinaire doit être proposé au patient avec évaluation psychiatrique, médicale générale et sociale. La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins (contrat de soins), elle ne se fait jamais en urgence

sauf en cas de grossesse où l'instauration d'un traitement de substitution de la dépendance à l'héroïne doit se faire en quelques jours. Le sevrage est contre-indiqué chez la femme enceinte (risque de fausse couche). La stratégie d'aide au sevrage doit être adaptée au stade de changement du patient.

Prise en charge addictologique : le bilan de la dépendance est la première étape de la prise en charge (histoire, parcours de soins antérieurs, co-dépendances).

Prise en charge psychothérapeutique : plusieurs techniques sont utilisées dont les thérapies cognitives et comportementales, l'entretien motivationnel et les techniques de prévention de la reprise du mésusage.

Prise en charge des comorbidités : il est nécessaire de rechercher et prendre en charge systématiquement les complications et comorbidités psychiatriques (trouble anxieux et trouble de l'humeur), les éventuelles coaddictions et les comorbidités médicales non-psychiatriques.

La mise à disposition de traitements de substitution (dans des programmes expérimentaux de Méthadone depuis les années 1970, puis à large échelle à partir de 1996 par la prescription de Subutex® par les médecins généralistes) a considérablement modifié le pronostic de la dépendance à l'héroïne avec une réduction très nette de la mortalité par overdose et la facilitation de l'accès aux soins du VIH et de l'hépatite C.

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë aux opiacés

Traitement du surdosage :

Hospitalisation en urgence et prise en charge en réanimation (VVP macromolécules puis G5 % + NaCl + KCl, scope, réchauffement) avec surveillance régulière (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, conscience, SaO2).

Traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques : Naloxone, (Narcan®) 0,4-0,8 mg en IVD toutes les 20 minutes jusqu'à reprise du rythme respiratoire (maximum 24 mg/12 h).

Des dispositifs de Narcan® par voie intranasale seront très prochainement disponibles. Le traitement doit être maintenu à la seringue électrique aussi longtemps que nécessaire (parfois plusieurs jours en cas d'intoxication par de la Méthadone).

Traitement symptomatique de la dépression respiratoire (ventilation au masque voire intubation) et des symptômes associés.

Traitement des complications : 1 ampoule de diazépam (Valium) IM si convulsions, si hypoglycémie (car prise concomitante d'alcool) resucrage au moyen de la VVP, antibiothérapie probabiliste sur point d'appel/fièvre.

Bilan infectieux (infection parfois à l'origine du surdosage) : échocardiographie, radiographie thoracique, hémocultures, prélèvements cutanés aux points d'injection, ECBU, sérologies VHB VHC VIH. Vaccination antitétanique au décours à prévoir.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage

Soit il est traité par la mise sous traitement de substitution opiacé : choix majoritaire et préférentiel.

Soit il est traité de façon symptomatique : choix beaucoup plus rare (demande du patient, nécessité médicale, autre). Il doit être adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques). Il associe antalgiques non opiacés, antispasmodiques, antiémétiques, antidiarrhéiques, anxiolytiques sans potentiel addictif (de préférence non benzodiazépiniques) : antipsychotiques sédatifs (cyamémazine) ou antihistaminiques (hydroxyzine) et en

milieu hospitalier possibilité d'ajouter un antihypertenseur (alpha 2 noradrénergique : clonidine) avec surveillance de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque.

6.5. Traitement de la dépendance

6.5.1. Traitement de substitution opiacé

Le traitement de substitution opiacé (TSO) est le traitement de choix de la dépendance aux opiacés. Ce traitement peut être proposé quelques mois, quelques années ou à vie selon le degré de dépendance du sujet et son choix de prise en charge.

Trois traitements ont l'autorisation de mise sur le marché en France :

* le chlorhydrate de méthadone ;
* la buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques) ;
* l'association buprénorphine haut dosage - naloxone (Suboxone®).

La substitution opiacée s'inscrit dans un protocole de soins qui peut viser autant l'arrêt du mésusage que la diminution des consommations d'opiacés dans une dimension de réduction des risques et des dommages. Cette prescription s'inscrit dans un protocole de soins global associant psychothérapie, traitement des comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques et réinsertion sociale.

Les TSO sont efficaces à condition d'être intégrés dans un cadre thérapeutique associant le contrôle de la délivrance, les dosages urinaires et une posologie adaptée. Il existe un usage détourné des TSO.

6.5.2. Réduction des risques et des dommages (RDRD)

Elle consiste à réduire les risques et des dommages liés à l'usage de substances psychoactives et aux pratiques sexuelles qui lui sont liées par une réponse médicale, psychosociale et communautaire. Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) peuvent répondre à cette mission de soins dits de « bas seuil ». Ses principaux éléments sont :

* accueil sans condition des usagers quelle que soit leur situation ;
* contact avec les populations ne voulant ou ne pouvant pas interrompre leurs consommations ;
* informer les personnes sur les risques associés aux usages de drogues et leur prévention par différents supports, par des conseils personnalisés, ou des interventions en groupe ;
* distribution et promotion de matériels de prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques (seringues, préservatifs, kits crack…) ;
* ouverture prochaine de salles de consommation à moindre risque dans plusieurs villes de France ;
* récupération du matériel de consommation usagé ;
* favoriser l'accès aux droits et aux soins, orienter vers des dispositifs spécialisés ;
* favoriser le soutien par l'action des groupes d'entraide.

	Chlorhydrate de méthadone	Buprénorphine haut dosage (Subutex®)	Buprénorphine haut dosage et naloxone (Suboxone®)
	Agoniste des récepteurs aux opiacés	Agoniste partiel aux récepteurs des opiacés	Agoniste partiel des récepteurs aux opiacés associé à un antagoniste des récepteurs aux opiacés
Indication	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.
Formes	**Sirop** : 5, 10, 20, 40 ou 60 mg par dose. **Gélules** : 1, 5, 10, 20 ou 40 mg par gélule.	Comprimés sublinguaux à 0,4, 2 ou 8 mg par comprimé.	Comprimés sublinguaux à 2 ou 8 mg par comprimé.
Modalités de prescription			
Prescripteur	**Sirop** Prescription initiée en établissement de santé ou en centre de soins spécialisé. Relais assuré en médecine de ville. **Gélule** Prescription initiale semestrielle réservée aux médecins exerçant en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou services spécialisés dans les soins aux toxicomanes. Utilisée qu'en relais de la forme sirop chez des patients traités depuis au moins 1 an et stabilisés.	Tout médecin.	Tout médecin.
Posologies : initiation du traitement	Initiation uniquement sous la forme sirop. Première dose quotidienne de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique et administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacés.	0,8 à 4 mg/jour Au moins 4 heures après la dernière prise de stupéfiant ou lors de l'apparition des premiers signes de manque puis augmentation par paliers de 1 à 2 mg/jour.	2 à 4 mg/jour Première dose au moins 4 heures après la dernière prise d'opiacés ou lors de l'apparition des premiers signes de manque. Augmentation ensuite par paliers de 2 mg/jour.

	Chlorhydrate de méthadone	Buprénorphine haut dosage (Subutex®)	Buprénorphine haut dosage et naloxone (Suboxone®)
Posologies	Posologie d'entretien obtenue par augmentation de 10 mg par semaine Habituellement entre 60 et 100 mg/jour. Doses supérieures parfois nécessaires. Traitement administré en une prise unique quotidienne.	Posologie adaptée individuellement à chaque patient et ajustée en augmentant progressivement les doses jusqu'à la dose minimale efficace. Posologie moyenne d'entretien 8 mg/jour. Augmentation jusqu'à 16 mg/jour (posologie max) parfois nécessaire.	Posologie adaptée en fonction des besoins du patient, à ajuster en augmentant progressivement les doses jusqu'à la dose minimale efficace (plus de signes de manque). Posologie moyenne d'entretien : 8 mg/jour. Augmentation jusqu'à 24 mg/jour (posologie maximale) parfois nécessaire.
Prescription sécurisée	Oui.	Oui.	Oui.
Modalités de rédaction	Nom, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres. Mention obligatoire du nom du pharmacien sur l'ordonnance.	Nom, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres. Mention obligatoire du nom du pharmacien sur l'ordonnance.	Nom de la spécialité, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres. Mention obligatoire du nom du pharmacien sur l'ordonnance.
Durée de la prescription	Durée maximale de prescription : 14 jours ; 28 jours pour les gélules	Durée maximale de prescription : 28 jours.	Durée maximale de prescription : 28 jours.
Délivrance	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois ».	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois ».

Tableau 1. Résumé des modalités de prescription d'un traitement de substitution aux opiacés.



Les opiacés ont plusieurs actions : analgésique, anesthésique, antidiarrhéique ou antitussive. L'héroïne est l'une des drogues de cette classe. Il existe 180 000 consommateurs réguliers d'héroïne en France.

L'intoxication aiguë aux opiacés se déroule en trois phases :

* Sensation de bien-être intense et immédiat durant moins de 30 minutes en général.
* Somnolence, apathie pendant 2 à 5 heures.
* Au-delà de 6 heures : anxiété et troubles cognitifs (troubles mnésiques, troubles de l'attention), qui signent l'apparition des premiers symptômes de manque.

Sur le plan médical non-psychiatrique, l'intoxication aiguë aux opiacés peut entraîner une dépression respiratoire mortelle.

Le syndrome de sevrage associe des signes généraux, des signes neurovégétatifs et des signes psychiatriques.

Les complications en rapport avec les injections intraveineuses peuvent être une altération du capital veineux, des infections (endocardite, VHB, VHC, VIH). La consommation par voie nasale peut provoquer une perforation de la cloison nasale.

Le traitement de l'intoxication aiguë est une urgence et se fait en réanimation. Elle repose sur un traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques : la naloxone, (Narcan®), un traitement symptomatique de la dépression respiratoire et des symptômes associés.

Le traitement du syndrome de sevrage peut être symptomatique ou se faire par la substitution opiacée.

Les traitements de substitution opiacés peuvent être proposés plusieurs mois ou années voire à vie : la Méthadone chlorhydrate ou la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®) ou l'association Buprénorphine Haut Dosage - Naloxone (Suboxone®).



Les nouveaux produits de synthèse



Points clefs

Les cathinones et les cannabinoïdes de synthèse sont les NPS les plus populaires.
Cathinones principales : 3M : Méphédrone, MDPV, Methylone.
Voies d'administration multiples (inhalée, intranasale, injectée par voie intraveineuse, intrarectale…)
Internet est le principal vecteur de diffusion.
Il existe un potentiel addictif de ces NPS.
Il existe une demande croissante de soins pour un usage problématique des cathinones
Il existe de nombreuses complications (médicales psychiatriques, médicales non-psychiatriques, cognitives).
Traitement symptomatique et mesures de réduction des risques et des dommages nécessaires.

1. Introduction

Les nouveaux produits de synthèse (NPS), encore appelées nouvelles substances psychoactives (NSP), sont disponibles depuis une dizaine d'années, sont fabriqués en Chine et en Inde, non contrôlés, non réglementés par les législations sur les drogues.

Ces NPS sont principalement :

* les **cathinones** (3M : méphédrone, méthylènedioxypyrovalérone (MDPV), Methylone) ; 4-méthylethcathinone (4-MEC), Alpha-PVP, NRG (mélange de cathinones)…) ;
* et les **cannabinoïdes de synthèse** (Spice, Spice Diamond…).

Ils sont conditionnés et commercialisés sous les termes d'euphorisants légaux (*legal highs*), d'euphorisants végétaux (*herbal highs*), sous la forme de sels de bain, d'engrais pour plantes, d'encens ou de produits pour la recherche chimique non consommables pour l'homme.

Les NPS sont consommées pour leurs effets psychoactifs mimant ceux des substances psychoactives illicites comme les stimulants (cocaïne, amphétamines), le cannabis, les opiacés.

La vente de NPS s'effectue essentiellement sur Internet (sites web, réseaux sociaux, web invisible ou deep web).



Aspect législatif en France

Les cannabinoïdes de synthèse sont considérés comme des substances classées comme stupéfiants en France depuis 2009.
L'arrêté de juillet 2012 a inscrit sur la liste des stupéfiants toute molécule dérivée de la cathinone, ses sels et ses stéréo-isomères, en raison des dangers liés à leur consommation.

2. Épidémiologie

Les études épidémiologiques sont encore pauvres.

Les premières identifications de NPS en France datent de 2008. Chaque année de nouveaux NPS sont identifiés.

Les plus repérés en ligne sont la MDPV et le 4-MEC.

Les cannabinoïdes de synthèse représentent près de la moitié des NPS vendus.

Populations d'usagers de NPS :

* le milieu homosexuel : fêtes sexuelles privées avec pratique d'injection intraveineuse (slam) ;
* les milieux alternatifs musicaux ;
* les sujets ayant un trouble lié à l'usage de cocaïne et/ou d'amphétamines ;
* les usagers occasionnels de drogues, socialement insérés, utilisant Internet pour expérimenter les NPS.

3. Intoxication aiguë

Les effets psychoactifs dépendent du produit, de la dose consommée, de la voie d'administration et des individus.

3.1. Cannabinoïdes de synthèse

Les produits disponibles à la vente sur Internet ne contiennent ni tabac, ni cannabis.

Ils se consomment par voie inhalée.

Intoxication aiguë

Ils ont une action pharmacologique similaire au Δ^9-tétrahydrocannabinol avec une durée plus courte des effets cliniques (environ 6 heures).

Les effets recherchés sont :

* l'euphorie,
* la sociabilité,
* l'anxiolyse,
* la relaxation,
* la stimulation,

Les premiers effets ressentis surviennent 10 minutes après une consommation :

* tachycardie,
* hyperhémie conjonctivale,
* xérostomie,
* altération de la perception et de l'humeur,
* sensation de bien-être, euphorie,
* troubles sensoriels variables (visuel, tactile, auditif),
* illusions perceptives,

* sentiment de ralentissement du temps,
* hallucinations psychosensorielles.

3.2. Cathinones de synthèse

La cathinone est un alcaloïde psychostimulant contenu dans les feuilles de khat

Les cathinones de synthèse sont des dérivés chimiques de la cathinone naturelle

Ses effets sont comparables à ceux des amphétamines, de la MDMA et de la cocaïne.

Consommation par voie orale (*drop*), intranasale, intraveineuse (*slam*), inhalée, intrarectale (*plug*).

Intoxication aiguë

Les effets recherchés sont :

* l'augmentation de la sociabilité,
* l'empathie,
* l'euphorie,
* la performance sexuelle,
* l'augmentation des capacités au travail.

La Méphédrone a des effets psychoactifs, d'une durée de 2 à 5 heures, ressemblant à ceux de la méthamphétamine.

Le 4-MEC a des effets proches de la Méphédrone.

La MDPV a des effets psychoactifs, d'une durée de 2 à 7 heures, similaires à ceux de la cocaïne.

La Methylone a des effets psychoactifs similaires à ceux de la MDMA (euphorie calme et empathie).

Les NRG sont des mélanges de cathinones et les effets psychoactifs de chacune des substances sont potentialisés.

4. Troubles addictologiques liés aux NPS

4.1. Usage de NPS nocif pour la santé

cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

4.2. Dépendance aux NPS

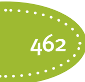
cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

5. Complications des troubles addictologiques liés aux NPS

5.1. Cannabinoïdes de synthèse

Complications psychiatriques	Complications non-psychiatriques
* rêves vifs ou non plaisants * hallucinations * anxiété * état d'agitation * état délirant aigu * paranoïa induite * troubles mnésiques * épisode dépressif caractérisé	* tachycardie pouvant durer de 2 à 4 heures * convulsions * confusion * trouble de la coordination motrice * dépression respiratoire * douleurs diffuses * syndrome coronarien aigu * rhabdomyolyse * insuffisance rénale aiguë * surdosage (overdose) * cas de décès

Symptômes de sevrage : tension intérieure, cauchemars, sueurs, céphalées, nausées et tremblements.



5.2. Cathinones de synthèse

Complications psychiatriques	Complications non-psychiatriques
* survenue d'une anxiété * hallucinations * paranoïa induite * insomnies * troubles cognitifs * idées suicidaires * attaques de panique prolongées * états délirants aigus (pharmacopsychoses) * épisodes dépressifs	* nausées, vomissements * céphalées * vertiges * troubles de la vision * hyperthermie * mydriase * bruxisme * tachycardie * douleurs thoraciques * hypertension artérielle * anomalies du segment ST à l'ECG * confusion * céphalées * convulsions * tremblements, parkinsonisme * hyponatrémie * rhabdomyolyse * syndrome sérotoninergique * décès associés à la méphédrone, à la MDPV à la méthylone, à la butylone à la 4-méthylamphétamine

Ces substances ont un potentiel addictif.

La Méphédrone entraîne craving et tolérance comparable aux amphétamines.

La MDPV entraîne une consommation compulsive conduisant à une dépendance.

Syndrome de sevrage, après arrêt brutal de la MDPV et de la méphédrone : humeur triste, anxiété, troubles du sommeil, anhédonie, anergie, asthénie, troubles de la concentration, palpitations et céphalées.

Craving (envie irrésistible de consommer), anhédonie et anergie peuvent durer plusieurs semaines.

5.2.1. Complications du *slam*

* Abcès au point d'injection ;
* atteintes veineuses ;
* anomalies de la coagulation induites par la toxicité du produit ;
* anomalies de la cristallisation des produits lors de la dilution et des pratiques de rinçage ;
* risques de VIH et autres infections sexuellement transmissibles dus aux rapports et aux pratiques sexuelles non protégés.

6. Prévention et prise en charge

6.1. Prévention

Elle passe par les campagnes d'information et de sensibilisation du grand public et des professionnels de santé.

Système d'alerte précoce de l'Union Européenne : moyen de réponse rapide à l'émergence de nouvelles drogues sur la scène européenne.

Psychonaut Web Mapping Project est un projet de cartographie des nouvelles drogues, des stratégies d'identification et d'amélioration de leur connaissance.

6.2. Approche thérapeutique

Il n'existe aucun traitement spécifique et curatif de l'addiction aux NPS.

Pour toutes les NPS :

* traitement pharmacologique symptomatique (non spécifique) des manifestations cliniques aiguës (anxiolytiques) ;
* utilisation de stratégies motivationnelles et comportementales (idem cocaïne) ;
* traitement des complications/comorbidités psychiatriques et somatiques ;
* prise en charge des comorbidités addictives ;
* réduction des risques et des dommages (slam).



Résumé

Les nouveaux produits de synthèse sont un nouvel aspect du marché des drogues dans le monde.

Internet est le principal vecteur de diffusion.

Les NPS sont consommées en raison de leurs effets psychoactifs mimant ceux des substances psychoactives illicites : stimulants (cocaïne, amphétamines), cannabis, opiacés.

Les cathinones et les cannabinoïdes de synthèse sont les principales substances consommées.

L'injection intraveineuse a fait son retour sous la terminologie *slam*.

Il existe un potentiel addictif non négligeable et de nombreuses complications.

Le traitement est avant tout symptomatique.

L'approche thérapeutique doit avoir un aspect multimodal.

Les mesures de réduction des risques et des dommages doivent être envisagées.



Autres drogues : GHB/GBL ; kétamine ; hallucinogènes



Points clefs

En cas d'intoxication aiguë le traitement est symptomatique.

Un tableau particulier doit faire évoquer une intoxication mixte, sans jamais oublier un possible traumatisme crânien sous-jacent.

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).

La thérapie cognitivo-comportementale associée à des mesures générales de prise en charge est utilisée dans le traitement de la dépendance à ces substances.

1. Introduction

Nous ne citerons dans cette section que les hallucinogènes (le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) et les champignons hallucinogènes), le gamma-hydroxybutyrate (GHB) et le gamma-butyrolactone (GBL) et la kétamine (K, Ket, spécial K, Vitamine K).

Le LSD est produit sous forme de cristaux dans des laboratoires clandestins. Ces cristaux sont transformés en liquide avant d'être écoulés. Ce liquide est inodore, incolore et a un goût légèrement amer.

Le GHB/GBL se présente sous forme de poudre, de capsules ou de liquide incolore et inodore. Il a parfois un goût salé et savonneux qui disparaît lorsqu'il est mélangé à une boisson sucrée dans une bouteille en verre.

La kétamine se retrouve sous forme de poudre, de liquide, et plus rarement, en comprimés ou en capsules.

2. Épidémiologie

En Europe, chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD oscillent entre 0 et 5,4 %.

Les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie chez ces jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 8,1 %.

La prévalence de la consommation de GHB/GBL et de kétamine dans les populations adulte et scolaire est nettement inférieure à celle de l'ecstasy.

3. Intoxication aiguë

Les effets psychoactifs des drogues sont individus, dose et voie dépendants.

Hallucinogènes	* Hallucinations * Distorsions perceptuelles * Agitation * Mydriase * Nystagmus * Hyperthermie * Tachycardie * HTA * Tachypnée
GHB/GBL **Effet dose-dépendant** **Absorption orale rapide** **Effets au bout de 15 minutes** **Durée de 3 à 4 heures**	* Euphorie * Desinhibition * Aphrodisiaque (envie, désir sexuel, intensifie l'acte sexuel, qualité de l'orgasme) * Altération du niveau de conscience * Perte de contrôle * Relaxation, sommeil * Amélioration des effets négatifs des autres drogues psychostimulantes * Absence de phénomène de « descente » si le produit est consommé isolément * Nausées, vomissements * Sensation ébrieuse * Troubles du cours de la pensée * Difficultés d'élocution * Incapacité à prendre des décisions * Hyperthermie Overdoses * Effets physiques aigus : bradypnée, apnée, vertiges, ataxie, asthénie, diplopie, mydriase
Kétamine **Durée de 2 à 4 heures**	* Dépersonnalisation, déréalisation, expériences de mort clinique, flashback, anxiolytique, desinhibition * K hole : Trous noirs avec troubles cognitifs, troubles du comportement, hallucinations et cauchemars proches du bad trip du LSD * Dépression respiratoire modérée et transitoire * Retard prolongé du réveil * Coma * Attaques de panique

4. Troubles addictologiques liés aux hallucinogènes, GHB et à la kétamine

4.1. Troubles liés à l'usage d'hallucinogènes

4.1.1. Usage d'hallucinogènes nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

4.1.2. Dépendance aux hallucinogènes (critères CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

4.2. Troubles liés à l'usage de GHB (troubles liés à l'usage d'une substance autre ou inconnue)

4.2.1. Usage de GHB nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

4.2.2. Dépendance au GHB (critères CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

4.3. Troubles liés à l'usage de kétamine (troubles liés à la phencyclidine ou aux substances similaires)

4.3.1. Usage de kétamine nocif pour la santé (critères CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

4.3.2. Dépendance à la kétamine (critères CIM-10)

Cf. introduction de la partie addictologie du référentiel.

5. Complications des troubles addictologiques liés aux hallucinogènes, GHB et à la kétamine

Elles dépendent des différentes substances.

5.1. Syndrome de sevrage

Hallucinogènes	* Hallucinations géométriques * Fausses perceptions de mouvement à la périphérie du champ visuel * Flashs de couleurs
GHB/GBL 1 à 6 heures après la dernière prise Pic au cours des 24 premières heures Dure jusqu'à 14 jours	* Agitation * Hallucinations surtout auditives et visuelles * Trouble psychotique bref * Trouble dépressif caractérisé * Anxiété * Insomnie * Confusion * Trémor * Tachycardie * Hypertension
Kétamine Pas de syndrome de sevrage spécifique décrit	* Anxiété * Tremblements * Palpitations

5.2. Complications psychiatriques

* Attaques de panique ;
* passages à l'acte hétéro ou auto-agressif ;
* trouble psychotique bref ;
* trouble dépressif caractérisé ;
* troubles cognitifs ;
* troubles dépressifs ;
* troubles cognitifs.

5.3. Complications non-psychiatriques

Les complications non-psychiatriques ne sont pas strictement spécifiques aux consommations des substances en question. La liste ci-dessous est loin d'être exhaustive.

Altération de l'état général : perte d'appétit, amaigrissement, baisse de la libido.

Troubles cardiovasculaires (palpitations, tachycardie…).

Troubles neurologiques (trismus, acouphènes, crises convulsives…).

6. Prévention et prise en charge

6.1. Prévention

Cf. cannabis, « Introduction ».

6.2. Traitement de l'intoxication aiguë

En cas d'intoxication aiguë, le traitement est le plus souvent symptomatique. Un tableau particulier doit faire évoquer une intoxication mixte, sans jamais oublier un possible traumatisme crânien sous-jacent.

6.3. Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).

6.4. Traitement de la dépendance

L'usage chronique d'hallucinogènes, de GHB/GBL et de kétamine entraîne une dépendance avec les critères diagnostiques habituels.

Pour toutes ces substances, il n'existe pas de traitement de substitution.

La prise en charge est multimodales avec un traitement pharmacologique symptomatique associé à une thérapie cognitivo-comportementale.



Le LSD est produit sous forme de cristaux dans des laboratoires clandestins.

Le GHB/GBL se présente sous forme de poudre, de capsules ou de liquide incolore et inodore.

La kétamine se retrouve sous forme de poudre, de liquide, et plus rarement, en comprimés ou en capsules.

En Europe, chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD oscillent entre 0 et 5,4 %.

Les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie chez ces jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 8,1 %.

Les complications non-psychiatriques ne sont pas strictement spécifiques aux consommations des substances en question.

La consommation chronique de champignons hallucinogènes, de LSD, de kétamine et de GHB/GBL est à l'origine d'une dépendance.

Pour toutes ces substances, il n'existe pas de traitement de substitution.

77

item 77

Addictions comportementales

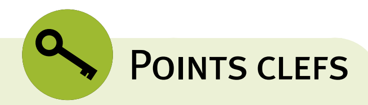
Objectifs pédagogiques

* Diagnostiquer, évaluer le retentissement des principales addictions comportementales (jeux de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique) et les principes de leur prise en charge.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/77





Les addictions comportementales se développent à partir de comportements ayant pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur.

Les addictions comportementales sont caractérisées par :

* une envie irrépressible (craving) de réaliser ce comportement,
* une fréquence excessive, croissante et non contrôlée de ce comportement au détriment d'autres activités,
* la poursuite de ce comportement malgré l'existence de conséquences négatives liées à ce comportement,
* une augmentation de la fréquence de ce comportement pour ressentir les mêmes effets comportementaux et psychologiques.

Les comorbidités psychiatriques touchent 50 à 75 % des patients avec addictions comportementales. Ces comorbidités doivent donc être systématiquement dépistées et prises en charge.

Les addictions comportementales sont des troubles d'origine multifactorielle, de nature « biopsychosociale », c'est-à-dire impliquant des facteurs biologiques (ex. : prédisposition génétique), des facteurs psychologiques (ex. : comorbidités psychiatriques), et des facteurs sociaux (ex. : événements de vie stressants).

La prise en charge thérapeutique des addictions comportementales doit être multidisciplinaire, en associant médecins, psychologues et travailleurs sociaux.

1. Introduction

Les addictions comportementales (ou addictions sans substance ; voir introduction aux items addictologiques) se caractérisent par l'impossibilité de contrôler un comportement (ex. : pratique des jeux de hasard et d'argent ou des jeux vidéo, activités sexuelles, usage d'internet, achats, exercice physique) et la poursuite de ce comportement malgré la survenue de conséquences négatives. Auparavant mal connus et mal décrits, ces troubles ont fait l'objet d'un intérêt croissant au cours des dernières années, se traduisant par une augmentation significative de l'offre et de la demande de soins s'y rapportant.

Étant donné le caractère récent et émergent de ces troubles, les critères diagnostiques de la plupart d'entre eux ne sont actuellement pas définis de manière consensuelle. Un seul est officiellement défini dans les classifications internationales : l'addiction aux jeux de hasard et d'argent (« *gambling disorder* ») aussi appelée « jeu pathologique » (CIM-10, DSM-IV) ou « jeu d'argent pathologique » (DSM-5). En revanche, pour les autres troubles addictifs mentionnés dans ce chapitre (sexe, jeux vidéo sur internet, achats, exercice physique), il n'existe pas de critères diagnostiques consensuels si l'on s'en réfère aux classifications internationales les plus récentes. Selon les données scientifiques actuelles, des recherches sont encore nécessaires afin de déterminer si ces troubles peuvent véritablement être considérés comme des addictions, et si oui, quels en sont les critères diagnostiques.

Dans ce chapitre, nous ferons donc référence à des critères diagnostiques différents selon l'addiction considérée : cf. chapitre introductif des items d'addictologie du référentiel.

2. Physiopathologie des addictions comportementales

Les mécanismes de l'addiction comportementale partagent les bases physiopathologiques décrites dans les troubles liés à l'usage de substances. L'un des principaux systèmes impliqués dans ces troubles est le système dopaminergique de la récompense. Toutefois, d'autres voies

de neurotransmission sont impliquées, notamment les voies GABAergique, glutamatergique, sérotoninergique, noradrénergique et opioïde. Dans les troubles addictifs, l'homéostasie de ces réseaux de neurotransmission est perturbée.

Les addictions comportementales sont d'origine multifactorielle. Il existe des facteurs de prédisposition génétiques (héritabilité estimée de 40 à 60 % pour les troubles addictifs), mais aussi d'autres facteurs de risque individuels (sexe, âge, traits de personnalité de type recherche de sensations ou impulsivité). Les autres facteurs de risque ou de vulnérabilité sont les comorbidités psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble de la personnalité antisociale), les comorbidités addictives (troubles liés à l'usage de substances, autres addictions comportementales), ainsi que d'autres facteurs individuels ou environnementaux (début précoce du comportement, forte disponibilité, faible coût, milieu parental et usage par les parents, comportement des pairs, échec scolaire, événements de vie stressants, traumatismes physiques et psychiques, violence familiale).

En résumé, les addictions comportementales sont des troubles multifactoriels, de nature « biopsychosociale ». Pour prendre en charge les patients souffrant de ces troubles, il est donc nécessaire de prendre en compte de manière simultanée les facteurs biologiques, psychologiques, et sociaux, spécifiquement impliqués.

3. Le jeu d'argent pathologique

3.1. Définition

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) sont des jeux pour lesquels le sujet mise de façon irréversible un bien (argent ou objet) et dont l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction partiellement ou totalement du hasard. Par définition, il est impossible de prédire ou de contrôler l'issue d'un JHA. Les JHA, qui peuvent être pratiqués en ligne (i. e. sur internet) ou hors ligne (i. e. dans des lieux de jeu), incluent les « jeux de hasard purs » (ex. : loteries, jeux de grattage, machines à sous, roulette), les « jeux de hasard avec quasi-adresse » (ex. : paris sportifs et hippiques, black jack) et les « jeux de hasard et d'adresse, mais sans possibilité de gains à long terme » (ex. : poker).

Les critères diagnostiques DSM-5 du jeu d'argent pathologique sont définis dans la partie introductive du référentiel.

Il existe des similitudes phénoménologiques, neurocognitives, neurobiologiques et thérapeutiques entre le jeu d'argent pathologique et les autres conduites addictives. Il se caractérise en particulier par la perte de contrôle sur le comportement et la poursuite en dépit de conséquences négatives. Le comportement de jeu est motivé par différentes raisons : espoir de gagner de l'argent, recherche de sensations fortes (en particulier ressentir le « *thrill* », ou frisson), volonté de soulager des émotions négatives, recherche de liens sociaux. Un joueur pathologique est envahi par des envies impérieuses de jouer, que l'on appelle « *craving* ».

3.2. Épidémiologie

En France, en 2014, trois quarts des Français entre 15 et 75 ans déclaraient avoir déjà joué à un JHA dans leur vie, un peu plus de la moitié déclarant y avoir joué dans l'année. La première expérience de jeu survenait avant 18 ans pour près d'un quart, entre 18 et 30 ans pour la majorité.

Les dépenses liées à la pratique des JHA représentaient 0,8 % des dépenses annuelles des ménages, en 2012, en France. Plus de la moitié des joueurs dépense moins de 100 euros par an pour cette activité, le temps consacré variant selon le type de jeu. Les jeux les plus représentés

sont les jeux de loterie, « en dur » (bars-tabacs). Les jeux en ligne (7,3 % des joueurs dont un tiers sur support mobile) concernent plutôt le poker et les paris sportifs.

La prévalence du jeu d'argent pathologique en France serait de 0,5 %, selon des données recueillies en population générale à partir de l'Indice Canadien pour le Jeu Excessif (ICJE), un auto-questionnaire permettant de dépister et d'évaluer la sévérité des problèmes de jeu.

Les enquêtes épidémiologiques (2010 et 2014) encadrent l'ouverture de l'offre légale de jeux (poker, paris sportifs et hippiques) par la loi de 2010, loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. Cette loi a permis la création d'un organisme de régulation et réglementation : l'Autorité de Régulation des Jeux En Ligne (ARJEL) et d'un Observatoire Des Jeux (ODJ).

La pratique des JHA, quel que soit le jeu, est interdite aux moins de 18 ans. Néanmoins, environ un tiers des 15-17 ans ont déjà joué au moins une fois dans l'année (principalement jeux de grattage), et la prévalence du jeu d'argent pathologique chez les mineurs serait deux fois plus importante que chez les adultes.

3.3. Facteurs de risque

Les facteurs de risque du jeu d'argent pathologique sont indiqués dans la **Figure 1**.

La trajectoire addictive du joueur pathologique est parallèle à celle des autres sujets addicts avec une initiation, la mise en place d'habitudes de jeu, l'apparition de l'envie de se refaire en raison des pertes financières, et enfin la perte de contrôle et la poursuite de la pratique malgré les dommages. Le parcours du joueur typique décrit par Custer (1984) comporte trois phases successives de jeu :

- La phase de gain, plus ou moins initiée par un gain important (« *big win* »), durant laquelle le jeu est agréable, enthousiaste, rapportant des gains.
- Vient ensuite la phase de pertes. Les pertes sont vécues comme une attaque et poussent le joueur à rejouer pour tenter de regagner l'argent perdu et de « se refaire » (« *chasing* »). Les conséquences négatives du jeu apparaissent (difficultés financières principalement).
- Enfin, survient la phase de désespoir où les dommages sont importants et pendant laquelle le sujet est à fort risque de développer un épisode dépressif avec risque suicidaire.

3.4. Trouble addictologique

3.4.1. Jeu d'Argent Pathologique

Cf. chapitre introductif de la partie addictologie du référentiel. (critères diagnostiques DSM-5 du jeu d'argent pathologique) sont définis dans la partie introductive du référentiel.

3.4.2. Diagnostics différentiels

Pratique simple de JHA, jeu social, récréatif, voire jeu professionnel (poker).

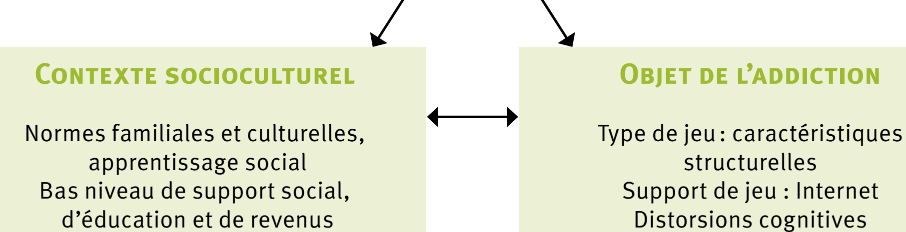
Jeu excessif survenant exclusivement lors d'un épisode maniaque ou hypomaniaque.

Troubles cognitifs de type dysexécutif.

Figure 1.
Facteurs de risque du jeu d'argent pathologique

INDIVIDU

Sexe masculin
Précocité
Adolescence/vieillesse
Mauvaise estime de soi, défaut d'assertivité, difficulté à la résolution de problèmes
Événement de vie, traumatismes
Comorbidités (psychiatriques, addictives, TDAH)
Impulsivité, recherche de sensations et de nouveauté
Altération des processus de décision et d'auto-contrôle
Vulnérabilité génétique
Médicaments dopaminergiques



CONTEXTE SOCIOCULTUREL

Normes familiales et culturelles, apprentissage social
Bas niveau de support social, d'éducation et de revenus
Accessibilité des JHA et autres caractéristiques situationnelles

OBJET DE L'ADDICTION

Type de jeu : caractéristiques structurelles
Support de jeu : Internet
Distorsions cognitives

Légendes (définitions)

TDAH : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ; JHA : Jeux de hasard et d'argent ; assertivité : capacité d'une personne à exprimer son opinion, ses sentiments et ses besoins sans empiéter sur ceux des autres (c'est ce que l'on appelle aussi l'affirmation de soi).
Exemples de caractéristiques structurelles de jeu : modes de paiement, niveau et fréquence des gains, délai entre la mise et le gain, part de stratégie dans le jeu.
Distorsions cognitives : pensées erronées sur la place du hasard dans les JHA (ex. : aux dés, penser qu'il existe plus de chances de faire un six si on lance le dé plus fort).

3.5. Complications et comorbidités

Le jeu d'argent pathologique est souvent co-occurrents à :

* des troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire). L'existence d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un risque suicidaire nécessite la recherche systématique d'un jeu d'argent pathologique. À l'inverse, un diagnostic de jeu d'argent pathologique nécessite d'évaluer systématiquement le risque suicidaire, qui peut être élevé et non systématiquement lié à un épisode dépressif caractérisé.
* des troubles anxieux.
* un TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité).
* des troubles de la personnalité.
* des troubles liés à l'usage de substances (tabac et alcool surtout).

Le retentissement de la conduite est à évaluer à différents niveaux : relationnel (couple, enfants, famille, amis), psychique (humeur, sommeil), professionnel (licenciement, perte d'efficacité), légal/judiciaire (vols, escroqueries), physique, etc.

3.6. Évolution et pronostic

Comme toute addiction, le jeu d'argent pathologique est un trouble fait de périodes de rémissions et de rechutes. Il existerait de nombreuses rémissions spontanées (environ un tiers des patients), notamment lors du passage de l'adolescence vers l'âge adulte.

Selon le dernier rapport, en France, un joueur pathologique sur 5 demanderait des soins (contre 1 joueur sur 10 selon la littérature internationale). Les soins interviennent le plus souvent plusieurs années après le début de la conduite. Les soins sont ensuite difficilement suivis, avec un taux d'abandon élevé (entre 15 et 50 %).

3.7. Prévention et prise en charge

3.7.1. Principes généraux de prévention et prise en charge

Les principes de **prévention primaire** reposent sur **l'information et l'éducation des joueurs**. Ces principes de prévention doivent idéalement impliquer les responsables de casinos, salles de jeux, ou sites de jeux en ligne.

La **prévention secondaire** repose notamment sur la **formation de personnel spécialisé** (psychologues) ou **non spécialisé** (croupiers, personnel de salle…) pouvant repérer directement les individus ayant des comportements évocateurs de Jeu d'Argent Pathologique. Le repérage précoce est capital dans un but de prévention secondaire et afin de limiter l'installation des troubles et l'apparition de dommages trop importants.

En cas de Jeu d'Argent Pathologique constitué, la prise en charge suit les mêmes principes que ceux des autres addictions. Ces principes reposent essentiellement sur des soins **ambulatoires** et comprennent une prise en charge **bio-psycho-sociale**, avec des soins de psychothérapie, voire de pharmacothérapie, et n'oublient pas un accompagnement social, ni la prise en charge des comorbidités.

Les objectifs du traitement reposent sur l'**arrêt total de tout comportement de jeu**, ou bien sur le **retour durable à une pratique contrôlée de jeu** (i. e., possibilité de retrouver une pratique contrôlée de jeu après un diagnostic de jeu d'argent pathologique). Il est important de **laisser le choix de son objectif au patient** (jeu contrôlé ou absence totale de jeu). En effet, l'observance et les succès de prise en charge sont statistiquement plus importants lorsque l'objectif travaillé et atteint coïncide avec l'objectif du patient, car ce dernier comprend et est en accord avec les modalités et l'objectif du traitement.

3.7.2. Psychothérapie

Les psychothérapies ayant fait la preuve de leur efficacité dans le jeu d'argent pathologique sont l'**entretien motivationnel** et les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC).

L'entretien motivationnel diminue, surtout chez les adolescents et sujets jeunes, à court terme la fréquence de jeu et les sommes dépensées, avec un bénéfice qui se maintient aux suivis à moyen et long terme pour la fréquence de jeu. Il est intéressant en début de prise en charge pour aider le sujet à initier les soins et améliorer son observance. Il peut s'intégrer aux autres approches thérapeutiques en tant que mode relationnel, style thérapeutique, et cette approche combinée a pu montrer son efficacité, notamment avec les TCC.

La thérapie cognitivo-comportementale a fait la preuve de son efficacité dans le jeu, tant au niveau individuel que groupal. Elle se base notamment sur l'évaluation, la compréhension de la séquence addictive, la restructuration cognitive des distorsions du joueur et une approche comportementale (ex. : jeu de rôle, prévention de la rechute).

Par ailleurs, les **associations de joueurs pathologiques** (ex. : *Gamblers Anonymous*), de même que les forums de joueurs et le soutien de pairs sont des moyens thérapeutiques à ne pas négliger. Les manuels de self-help semblent utiles, surtout pour les sujets peu désireux de s'engager dans des soins, ou trop éloignés d'un lieu de soin, ou encore en association à un soin avec un professionnel, pour pouvoir reprendre les notions abordées dans le manuel et les exercices.

3.7.3. Pharmacothérapie

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement médicamenteux ayant une Autorisation de Mise sur le Marché pour ce trouble. Bien que certaines études aient démontré que certains traitements diminuaient significativement les symptômes du Jeu d'Argent Pathologique, le niveau de preuve scientifique de ces études reste insuffisant pour les recommander systématiquement chez des patients souffrant de jeu d'argent pathologique sans comorbidité.

3.7.4. Prise en charge des comorbidités psychiatriques et addictologiques

Il est très important de systématiquement rechercher et prendre en charge les très fréquentes comorbidités psychiatriques et addictologiques associées au jeu d'argent pathologique, si nécessaire par une prise en charge conjointe avec un psychiatre ou un service de psychiatrie.

3.7.5. Accompagnement social

Le joueur sera invité, si besoin, à des **mesures d'accompagnements bancaires**, des **mesures d'interdiction de jeu** ou des **mesures de protection des biens** afin de limiter ou éviter les problèmes de dettes et endettement, dans une dynamique de résolution de problèmes et de réduction des risques.

3.7.5.1. Accompagnement bancaire

Un accompagnement par l'organisme bancaire est parfois possible (ex. : plafonner les paiements en établissement bars-tabacs, plafond de retraits par semaine).

3.7.5.2. Mesures d'interdiction de jeu

De telles mesures sont possibles pour la pratique en ligne et hors ligne (les casinos et les sites internet légaux ont l'obligation de proposer ces mesures). Le patient peut faire une démarche d'interdiction d'accès auprès des opérateurs de jeux. Il s'agit d'une mesure temporaire (jusqu'à plusieurs mois) ou définitive (sans possibilité d'ouvrir un nouveau compte avant 3 ans).

Une **mesure d'interdiction volontaire** de jeu est aussi possible (inscription sur la liste nationale des interdits de jeu, demande à faire auprès du ministère de l'Intérieur ou bien en ligne ; voir « Pour en savoir plus »). Également à l'initiative du joueur, cette mesure est valable sur tout le territoire français dans toutes les salles de casino, les cercles de jeux et sites internet de jeux français. L'interdiction volontaire de jeu court sur une durée non réductible de 3 ans, au-delà de laquelle elle est reconduite tacitement mais à partir de laquelle il est possible de la lever par des démarches.

3.7.5.3. Mesures de protection de biens

Des mesures de **sauvegarde de justice**, voire de **tutelle** ou de **curatelle**, sont à considérer au cas par cas, en fonction des comorbidités psychiatriques ou non-psychiatriques pouvant constituer un facteur de vulnérabilité chez le sujet.

3.7.6. Accompagnement et prise en charge de l'entourage

L'entourage peut être dans l'incompréhension du caractère pathologique du comportement du sujet, voire éprouver une détresse psychologique importante du fait des conséquences relationnelles et financières du comportement de jeu d'argent pathologique.

Il est donc important de dépister et de prendre en charge de telles situations survenant dans l'entourage.

4. Autres addictions comportementales

Les définitions cliniques, les comorbidités, les diagnostics différentiels et la prise en charge des autres addictions comportementales (addiction sexuelle, addiction aux jeux vidéo sur internet, achats compulsifs, addiction à l'exercice physique) sont résumés dans les **tableaux 1** et **2**.

	Addiction sexuelle	Addiction aux jeux vidéo sur internet
Généralités	* Autrement appelée hypersexualité ou comportement sexuel compulsif * Il s'agit le plus souvent d'une activité sexuelle conventionnelle * Prévalence de 0,6 à 6 % selon les études * Facteurs de risque : sexe masculin (sex-ratio de 5 hommes pour 1 femme)	* Prévalence de 1 à 3 % selon les études * Facteurs de risque : types de jeux (ex. : MMORPG=*Massively Multiplayer Online Role Playing Game*)
Critères diagnostiques	* Envie irrépressible de réaliser une activité sexuelle * Impossibilité de résister à cette envie et impossibilité de contrôler ce comportement une fois commencé * Poursuite du comportement malgré les conséquences négatives (ex. : conduites sexuelles à risque, conséquences légales) * Nécessité d'augmenter la fréquence des activités sexuelles pour ressentir les mêmes effets comportementaux et psychologiques * Temps important passé au détriment d'autres activités (personnelles, familiales, sociales) * Souffrance significative ou altération du fonctionnement	* Envie irrépressible de jouer * Impossibilité de résister à cette envie et impossibilité de contrôler ce comportement une fois commencé * Poursuite du comportement malgré les conséquences négatives (ex. : déscolarisation, perte d'emploi) * Nécessité d'augmenter la fréquence de l'activité de jeu pour ressentir les mêmes effets comportementaux et psychologiques * Temps important passé au détriment d'autres activités (personnelles, familiales, sociales) * Souffrance significative ou altération du fonctionnement

	Addiction sexuelle	Addiction aux jeux vidéo sur internet
Comorbidités	Constituent souvent le motif de consultation : * Troubles de l'humeur (trouble dépressif, trouble bipolaire) * Troubles anxieux * Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) * Troubles de la personnalité (50 %) * Troubles liés à l'usage de substance (alcool, tabac, cannabis) * Autres addictions comportementales * Des paraphilies peuvent parfois être associées	* Troubles de l'humeur (trouble dépressif, trouble bipolaire) * Troubles anxieux (phobie sociale, TOC) * Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) * Troubles de la personnalité (obsessionnelle, évitante, schizoïde) * Troubles liés à l'usage de substance (alcool, tabac, cannabis)
Diagnostics différentiels	Hypersexualité secondaire d'étiologie : * Psychiatrique : paraphilies (s'il s'agit exclusivement d'une activité sexuelle déviante), épisode maniaque ou hypomaniaque * Neurologiques (ex. : lésions frontales et/ou temporales, épilepsie, démence débutante, syndromes de Kleine-Levin ou de Klüver-Bucy, maladie de Huntington, maladie de Wilson, sclérose en plaques) * Iatrogénique (agonistes dopaminergiques utilisés dans diverses pathologies, stimulation des noyaux gris centraux chez des patients parkinsoniens) * Endocrinologique (hyperandrogénie)	* Trouble délirant (schizophrénie)
Prise en charge		
Pharmacologique	* Intérêt des antidépresseurs sérotoninergiques * Traitement des comorbidités	* Réservée aux comorbidités
Non pharmacologique	* Psychothérapies individuelles (soutien, TCC, systémique, psychodynamique) * Pour les TCC : abord des distorsions cognitives ; gestion du stress ; estime de soi ; relations aux autres * Groupes de soutien par les pairs * Accompagnement de l'entourage	* Psychothérapies individuelles (soutien, TCC, systémique, psychodynamique) * Groupes de soutien par les pairs * Accompagnement de l'entourage et thérapie familiale
Mesures associées	* Recherche de maladies sexuellement transmissibles	

Tableau 1. Addiction sexuelle et addiction aux jeux vidéo sur internet : épidémiologie, facteurs de risque, critères diagnostiques, comorbidités, diagnostics différentiels et prise en charge.

	Achats compulsifs	Addiction à l'exercice physique
Généralités	* Besoin irrésistible d'acheter des objets sans utilité directe pour la personne. L'objet de l'addiction n'est pas la possession mais le fait d'acquérir un objet * Prévalence = 5 % * Facteurs de risque : âge jeune (moyenne d'âge de 30 à 40 ans), sexe féminin (sex-ratio de 9 femmes pour 1 homme)	* Besoin irrésistible de pratiquer une activité physique, ce qui se traduit par un comportement de pratique excessive, incontrôlée * Prévalence d'environ 3 % en population générale * Facteur de risque : pratique régulière d'un sport (endurance notamment), trouble du comportement alimentaire
Critères diagnostiques	* Envie irrépressible d'acheter des objets * Impossibilité de résister à cette envie et impossibilité de contrôler ce comportement une fois commencé * Poursuite du comportement malgré les conséquences négatives (ex. : endettement, conséquences judiciaires) * Nécessité d'augmenter la fréquence de l'activité pour ressentir les mêmes effets comportementaux et psychologiques * Temps important passé au détriment d'autres activités (personnelles, familiales, sociales) * Souffrance significative ou altération du fonctionnement	* Envie irrépressible de pratiquer une activité physique * Impossibilité de résister à cette envie et impossibilité de contrôler ce comportement une fois commencé * Poursuite du comportement malgré les conséquences négatives (ex. : blessures) * Nécessité d'augmenter la fréquence de l'activité physique pour ressentir les mêmes effets comportementaux et psychologiques * Temps important passé au détriment d'autres activités (personnelles, familiales, sociales) * Souffrance significative ou altération du fonctionnement
Comorbidités	* Troubles de l'humeur (trouble dépressif, trouble bipolaire) * Troubles anxieux * Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) * Troubles du comportement alimentaire (boulimie nerveuse) * Troubles de la personnalité * Troubles liés à l'usage de substance (alcool, tabac, cannabis) * Autres addictions comportementales	* Les troubles du comportement alimentaire de type anorexie mentale et boulimie nerveuse sont les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes
Diagnostics différentiels	* Épisode maniaque ou hypomaniaque * Trouble obsessionnel compulsif * Collectionnisme avec investissement des objets * Syndrome d'accumulation d'objets récupérés et non achetés	* Épisode maniaque ou hypomaniaque * Hyperactivité en lien avec un TDAH

	Achats compulsifs	Addiction à l'exercice physique
Prise en charge		
Pharmacologique	* Réservée aux comorbidités	* Réservée aux comorbidités
Non pharmacologique	* Psychothérapies individuelles (soutien, TCC, systémique, psychodynamique) * Groupes de soutien par les pairs * Accompagnement de l'entourage	* Psychothérapies individuelles (soutien, TCC, systémique, psychodynamique) * Pour les TCC : identification des effets secondaires de la pratique excessive, travail sur les distorsions cognitives (relatives à la perception du corps) * Accompagnement de l'entourage
Mesures associées	* Mesures de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) dans les formes les plus sévères	

Tableau 2. Achats compulsifs et addiction à l'exercice physique : épidémiologie, facteurs de risque, critères diagnostiques, comorbidités, diagnostics différentiels et prise en charge.



Résumé

Les addictions comportementales font l'objet d'un intérêt croissant ces dernières années, résultant en une augmentation de l'offre et de la demande de soins pour ces troubles.

Contrairement au jeu d'argent pathologique, les contours et les critères nosographiques des autres troubles addictifs (addiction sexuelle, addiction aux jeux vidéo sur internet, achats compulsifs, addiction à l'exercice physique) font encore l'objet de débats importants dans la communauté médicale et scientifique internationale. Des recherches sont encore nécessaires afin de déterminer si ces troubles peuvent véritablement être considérés comme des addictions. Pour ces troubles, le diagnostic positif de trouble addictif repose donc sur des critères cliniques non encore consensuels. Comme indiqué en introduction aux troubles addictifs, nous avons choisi d'utiliser les critères de Goodman pour l'ensemble de ces troubles.

Les comorbidités psychiatriques de ces troubles sont : les troubles de l'humeur (i. e., épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire de l'humeur), les troubles anxieux, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles de la personnalité, les troubles liés à l'usage de substance et les autres addictions comportementales.

La prise en charge thérapeutique peut faire intervenir :

* des approches individuelles : psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, psychothérapies structurées (thérapies cognitives et comportementales, thérapies systémiques, thérapies psychodynamiques) ; elles seront systématiquement proposées,
* des approches familiales : particulièrement importantes afin de prévenir les conséquences familiales des pathologies addictives,
* les groupes de soutien par les pairs,
* des thérapeutiques pharmacologiques sont réservées aux formes avec comorbidité psychiatrique ou aux formes sévères avec conséquences médico-légales,
* une prise en charge sociale et éducative.

L'hospitalisation n'est pas la règle, mais elle peut être proposée en cas d'échec de la prise en charge ambulatoire ou pour réaliser un bilan diagnostique et/ou thérapeutique. Elle doit toujours être réalisée avec le consentement du patient et après avoir évalué sa motivation.



Références pour approfondir



Administration Française. Mesure d'interdiction volontaire de jeu : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15814

Garcia F., Thibaut F., *Sexual addictions*, The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2010, 36:254-260.

Grall-Bronnec M., *Le jeu pathologique. Comprendre, prévenir, traiter*, Éleviez Masson, 2012, 176 p.

Goodman A., *Neurobiology of addiction. An integrative review*, Biochem Pharmacol, 2008, 75(1):266-322.

Ladouceur R. *et al.*, *Le jeu excessif, comprendre et vaincre le gambling*, Les Éditions de L'Homme, 2000, 272 p.

Lejoyeux M., *Addictologie*, Elsevier Masson, 2013, 408 p.

Reynaud M., *Traité d'addictologie*, Médecine-Sciences/Flammarion, 2006, 800 p.

Romo L., Gorsane M.-A., Grall-Bronnec M., Kern L. *et al.*, *Surmonter un problème avec les jeux de hasard et d'argent.* Mon cahier d'accompagnement, Dunod, 2014, 280 p.



Site internet de l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC) : http://www.ifac-addictions.fr/

Venisse J.-L., Grall-Bronnec M., *Les addictions sans drogue : prévenir et traiter. Un défi sociétal*, Elsevier Masson, 2012, 384 p.

78

item 78

Dopage

Objectifs pédagogiques

* Connaître les principales substances utilisées à des fins de dopage dans la pratique du sport
* Connaître les circonstances du dépistage, la prise en charge médicale de l'utilisateur et les principes de la lutte contre le dopage dans le sport

Cas cliniques SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/78





Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

Possibilité pour certains sportifs d'avoir recours à certains traitements pour prendre en charge un problème de santé intercurrent aigu ou chronique.

Méthodes utilisées à des fins de dopage et interdites par l'AMA

Manipulation de sang ou de composants sanguins, manipulation chimique et physique, dopage génétique.

Circonstances de dépistage

* mis en place par l'AFLD,
* réalisés par une personne assermentée,
* concerne tous les sportifs participant à des compétitions ou manifestations sportives,
* recueil d'un échantillon d'urine, analysé dans un laboratoire agréé,
* passeport biologique de l'athlète : module hématologique et endocrinien.

Prise en charge médicale de l'utilisateur

Rôle central des AMPD : consultations anonymes, prise en charge médicale spécifique, coordination de la prise en charge multidisciplinaire, coordination, enseignement et prévention des pratiques dopantes, recherche, recueil de données épidémiologiques, veille sanitaire.

Principes de la lutte contre le dopage dans le sport

Travail de coordination entre l'AFLD, l'AMA, les Fédérations et les AMPD.

Aspect législatif

Loi du 5 avril 2006 : volet répressif et volet préventif.

En cas de contrôle antidopage positif : sanctions sportives et parfois sanctions pénales, pouvant concerner l'entourage ou les soignants du sportif.

Principales substances utilisées à des fins de dopage dans la pratique du sport :

Cannabinoïdes	amélioration du relâchement musculaire, diminution de l'anxiété et amélioration du sommeil
Glucocorticoïdes	psychostimulant : augmentation de la performance en endurance et de la tolérance à la douleur
Agents anabolisants	augmentation de la masse musculaire, de la résistance à la fatigue, et de la performance
Stimulants	réduction de la fatigue, amélioration des temps de réaction et augmentation de l'attention et de la concentration
Diurétiques et agents masquants	aide à la perte de poids, masquage d'autres produits dopants
Bêta-2 agonistes	amélioration de la fonction respiratoire, augmentation de la capacité d'effort et de résistance
Hormones peptidiques, facteurs de croissance et substances apparentées	augmentation de l'érythropoïèse qui accroît la capacité de transport de l'oxygène et améliore l'endurance
Narcotiques	diminution de la sensation de douleur, effet sédatif et euphorisant
Antagonistes et modulateurs hormonaux	
Classe SO	substances non approuvées, non incluses dans les 9 autres catégories et non approuvées pour un usage thérapeutique chez l'homme

1. Introduction

Selon le Comité International Olympique (CIO, 1999), le dopage est défini par :

* l'usage d'une substance ou d'une méthode potentiellement dangereuse pour la santé des athlètes et/ou susceptible d'améliorer leur performance ;
* la présence dans l'organisme de l'athlète d'une substance ou la constatation de l'application d'une méthode qui figure sur la liste annexée au présent code.

L'Agence Mondiale Antidopage (AMA) tient à jour annuellement une liste des substances et méthodes interdites, disponible annuellement sur http://list.wada-ama.org/fr/.

L'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) propose un moteur de recherche pour vérifier si un médicament est interdit : https://www.afld.fr/finder/produits-dopants.





2. Épidémiologie

En France, près de 4 % des contrôles antidopage réalisés en 2012 contenaient des substances interdites (avant vérification d'une éventuelle Autorisation d'Utilisation Thérapeutique).

3. Substances et méthodes utilisées à des fins de dopage dans la pratique du sport

3.1. Les différentes substances

Les différentes substances utilisées à des fins de dopage sont décrites dans le tableau 1.

Certaines de ses substances sont interdites en permanence, d'autres uniquement pendant les périodes de compétition.



L'exception à la règle

La procédure d'**Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)** permet à certains sportifs d'avoir recours à certains traitements pour prendre en charge un problème de santé intercurrent aigu ou chronique (exemple : sportif diabétique nécessitant un traitement par insuline, traitement en cas d'urgence médicale…)

Catégorie de substance	Molécules	Effet recherché
Cannabinoïdes 1 contrôle positif sur 3	Δ9-tétrahydrocannabinol (THC) Cannabis naturel et cannabinoïdes de synthèse	Amélioration du relâchement musculaire Diminution de l'anxiété Amélioration du sommeil
Glucocorticoïdes ≈ 1 contrôle positif sur 4	Glucocorticoïdes : cortisol, cortisone Glucocorticoïdes de synthèse : prednisone, prednisolone	Psychostimulant Augmentation de la performance en endurance et de la tolérance à la douleur
Agents anabolisants ≈ 1 contrôle positif sur 6	Hormone de croissance	Augmentation de la masse musculaire et de la résistance à la fatigue
	Stéroïdes : testostérone et analogues synthétiques	Augmentation de la masse musculaire et de la performance de manière directe pour les exercices de force et de manière indirecte pour les exercices d'endurance
Stimulants ≈ 1 contrôle positif sur 10	Amphétamines Cocaïne Nouveaux produits de synthèse	Réduction de la sensation de fatigue Amélioration des temps de réaction Augmentation de l'attention et de la concentration
Diurétiques et agents masquants ≈ 8 %	-	Aide à la perte de poids Masquage d'autres produits dopants
Bêta-2 agonistes ≈ 5 %	-	Amélioration de la fonction respiratoire Augmentation de la capacité d'effort et de résistance
Hormones peptidiques, facteurs de croissance et substances apparentées	Érythropoïétine (EPO)	Augmentation de l'érythropoïèse qui accroît la capacité de transport de l'oxygène et améliore l'endurance
Narcotiques	Analgésiques dérivés des opiacés	Diminution de la sensation de douleur Effet sédatif Effet euphorisant
Antagonistes et modulateurs hormonaux		
Classe SO	Substances non approuvées, non incluses dans les 9 autres catégories et non approuvées pour un usage thérapeutique chez l'homme (exemple : médicaments en développement pré-clinique ou clinique)	

Tableau 1. Principales substances utilisées à des fins de dopage et effets recherchés.

Pour **les diurétiques**, il existe une nécessité de délivrance d'une AUT pour toute substance en ou hors compétition, outre celle obtenue pour le diurétique.

Tous les **beta-2 agonistes** sont interdits sauf les 3 formes inhalées suivantes : salbutamol, formotérol, salmétérol. Il existe des seuils urinaires pour ces derniers au-delà desquels il ne s'agit pas d'un usage thérapeutique intentionnel. Une étude de pharmacocinétique contrôlée réalisée chez le sportif peut confirmer un usage thérapeutique.

La prise d'**EPO** peut être associée à la manipulation de sang à des fins de dopage.

L'alcool est interdit pour certains sports : aéronautique, automobile, karaté, motocyclisme, motonautique et tir à l'arc. La détection sera effectuée par éthylométrie et/ou analyse sanguine. Le seuil de violation est équivalent à une concentration sanguine d'alcool de 0,10 g/L.

Les bêta-bloquants sont interdits dans les sports suivants : automobile, billard, fléchettes, golf, ski, tir et tir à l'arc.

Le bupropion, la caféine, la nicotine et la synephrine ne sont pas interdits.

3.2. Les principales méthodes utilisées à des fins de dopage

3.2.1. La manipulation de sang ou de composants sanguins

Il s'agit de **la transfusion de prélèvements sanguins réinjectés avant l'épreuve** : procédé consistant en la transfusion d'érythrocytes allogéniques et diminuant la fréquence cardiaque en situation d'hypoxie.

Pour les transfusions autologues, il n'existe aucun test direct de détection.

Les risques sont cardio-vasculaires (suite à l'augmentation de l'hématocrite et de la tension artérielle) et inhérents aux transfusions pratiquées hors contexte hospitalier.



En association, après un mois de traitement, avec l'EPO, il s'agit de prélever le sang, le stocker, puis de le réinjecter avant l'épreuve : ce protocole améliore la captation de transport de l'oxygène de 5 à 10 % pendant au moins 3 semaines après la dernière injection.

De microdoses d'EPO, plus difficiles à détecter, donnent des résultats équivalents, en association à des injections intraveineuses de fer.

3.2.2. Les manipulations chimiques et physiques

Il s'agit de l'usage de substances et de procédés qui modifient, tentent de modifier ou risquent raisonnablement de **modifier l'intégrité et la validité des échantillons** utilisés lors des contrôles de dopage.

Parmi ces substances et méthodes figurent entre autres la cathétérisation, la substitution ou l'altération des échantillons, mais également les perfusions intraveineuses et/ou injections.

3.2.3. Le dopage génétique

Il est défini par l'AMA comme le « transfert d'acides nucléiques ou de séquences d'acides nucléiques » et « l'utilisation de cellules normales ou génétiquement modifiées ».

4. Circonstances de dépistage

La détection du dopage repose principalement sur 2 stratégies :

* une mesure directe : les contrôles antidopage ;
* une mesure indirecte : l'utilisation des données du Passeport biologique de l'athlète.

4.1. Une mesure directe : les contrôles antidopage

4.1.1. Désignation du sportif au contrôle antidopage

Tout sportif participant à une compétition ou à une manifestation agréée par une fédération sportive peut être contrôlé, qu'il soit **professionnel ou amateur**.

Les contrôles peuvent avoir lieu **lors de compétition** mais aussi **au cours des entraînements** à ces compétitions ou manifestations.

Ils sont **mis en place par l'AFLD**.

4.1.2. Notification ou convocation

Le sportif reçoit personnellement une notification individuelle à contresigner.

À partir de ce moment, il dispose **d'une heure** pour se présenter au poste de contrôle muni d'une pièce d'identité.

Le sportif peut se rendre seul ou accompagné d'un membre de son entourage.

Il ne peut se soustraire au contrôle. En cas de refus ou d'abstention, il est sanctionné de la même façon que s'il était convaincu de dopage.

4.1.3. Déroulement du contrôle antidopage

Les contrôles sont effectués par une **personne habilitée munie d'un ordre de mission**, avec l'aide d'un **délégué fédéral**.

Ils se déroulent dans un lieu spécialement aménagé.

Les échantillons sont recueillis sous la surveillance du médecin, pour éviter les tentatives de tricherie. Ce sont des **prélèvements urinaires** et parfois sanguins répartis dans **2 flacons**.

L'analyse est réalisée dans les laboratoires de l'AFLD à Chatenay-Malabry (seul laboratoire français agréé par l'AMA).

Le résultat de l'analyse est transmis à la fédération dont le sportif dépend, qui notifie le résultat au sportif. Si le contrôle est positif, le résultat est transmis à l'AMA, à l'AFLD et à la fédération internationale.

4.2. Une mesure indirecte : l'utilisation des données du Passeport biologique de l'athlète

Le **passeport biologique de l'athlète** est basé sur le suivi au fil du temps de variables biologiques sélectionnées, permettant de mettre en évidence le dopage par ses effets sur l'organisme.

Le passeport biologique est utile pour dépister les effets hématologiques des transfusions autologues et des injections d'EPO, dans la mesure où la modification des paramètres biologiques permet de déterminer si les changements constatés sont de nature physiologique ou non.

Cette méthode ne permet cependant pas de dépister toutes les situations de dopage.

Il comprend 2 modules :

* **Hématologique :**
  - vise à dépister les méthodes d'amélioration du transport de l'oxygène ;
  - hématocrite, hémoglobine, numération érythrocytaire, numération et pourcentage des réticulocytes, VGM, Teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine (TCMH), Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH).
* **Endocrinien :**
  - vise à détecter certains stéroïdes anabolisants androgènes endogènes ;
  - mesure des concentrations urinaires de testostérone, d'épitestostérone, d'androstérone, d'étiochalanolone, de 5αAdiol et de 5βAdiol.

Il existe un 3e module visant à dépister le dopage par hormone de croissance, en cours d'élaboration.

5. Prise en charge médicale de l'utilisateur

La prise en charge est variable en fonction du produit concerné, de ses conséquences médicales psychiatriques et non-psychiatriques et du niveau d'utilisation.

Les **Antennes Médicales de Prévention contre le Dopage (AMPD)** sont des centres ressources capables de donner un avis spécialisé et autorisé pour le suivi médical des sportifs.



Elles sont implantées au sein des structures hospitalières et sont attachées, soit aux unités de médecine du sport, soit aux unités d'addictologie.

Leurs missions sont :

* **consultations anonymes**, ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage ;
* **mise en place d'un suivi ou d'une prise en charge médicale spécifique** pour les sportifs concernés. Les sportifs positifs à un contrôle antidopage sont dans l'obligation d'être suivis par l'AMPD. Le médecin responsable de l'antenne délivre un certificat nominatif au sportif sanctionné, témoignant ainsi de sa démarche de prise en charge ;
* **coordination de la prise en charge multidisciplinaire** des sportifs convaincus de dopage, en fonction du type de produit utilisé (addictologie, psychiatrie, pharmacologie, hématologie, endocrinologie, médecine du sport) ;
* **enseignement, prévention et information sur les pratiques dopantes** ;
* **recherche autour des conduites dopantes** ;
* **recueil de données épidémiologiques** ;
* **veille sanitaire**.

Il existe un numéro vert « Écoute et dopage » ouvert aux sportifs, à leurs proches et à leurs encadrants, ayant pour but d'aider et d'orienter les personnes concernées par le dopage.

6. Principes de la lutte contre le dopage dans le sport

6.1. Les différentes instances

La lutte contre le dopage dans le sport repose sur un travail de coordination entre :

* **l'AFLD :** élabore un programme national annuel des contrôles qui définit les compétitions sportives et les entraînements ciblés. Ces contrôles sont effectués en s'appuyant sur les Directions Régionales et Départementales de la Jeunesse et des Sports (DRDJS), ainsi que sur les avancées des travaux de recherche et de prévention ;
* **l'AMA :** soumet les sportifs désignés dans le groupe « cible » à l'obligation de localisation ;
* **les Fédérations :** mission de surveillance médicale des sportifs, peuvent exercer des sanctions à l'encontre des sportifs ;
* **les AMPD**.

6.2. Aspect législatif

La France a été l'un des premiers pays à avoir légiféré à propos du dopage.

Loi du 5 avril 2006 :

* **volet répressif :** il existe une liste de substances et de procédés interdits. Il appartient à chaque athlète de s'assurer que tout médicament, supplément, préparation en vente libre ou toute autre substance qu'il utilise ne contient pas de substance interdite ;
* **volet préventif** : instauration d'un suivi médical longitudinal (sportifs de haut niveau), incluant un suivi médical.

Dans ce cadre, tout médecin amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage, est tenu de refuser la délivrance d'un ou des certificats médicaux habituels, doit informer son patient des risques encourus et lui proposer de l'orienter vers une AMPD pour recevoir les soins nécessaires.

Il doit informer son patient de l'obligation de transmission des données recueillies au médecin responsable de l'AMPD de sa région, dans le respect du secret médical et en préservant donc l'anonymat du sportif. Des sanctions disciplinaires sont prévues dans la loi contre les médecins qui n'auraient pas signalé un cas de dopage à l'AMPD.

En cas de contrôle antidopage positif :

* sanctions sportives (d'une simple suspension de sa fédération pendant une période donnée jusqu'à une radiation à vie) et parfois sanctions pénales (uniquement en cas d'obstruction au contrôle ou si le sportif a procuré à un autre sportif ce produit ; dans ces cas, des peines d'emprisonnement avec amende peuvent être mises en place) ;
* sanctions pouvant également concerner l'entourage ou les soignants du sportif, si ces derniers ont facilité l'usage de produits dopants ou ont incité le sportif à son usage.



Résumé

Le dopage est l'utilisation de méthodes ou de substances interdites, destinées à augmenter les capacités physiques ou mentales d'un sportif. L'autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT) permet à certains sportifs d'avoir recours à certains traitements pour prendre en charge un problème de santé intercurrent aigu ou chronique.

Les principales substances utilisées à des fins de dopage sont les cannabinoïdes, les glucocorticoïdes, les agents anabolisants, les stimulants, les diurétiques, les agonistes Beta2, l'érythropoïétine, les opiacés, les antagonistes et modulateurs hormonaux.

Le dépistage peut concerner tous les sportifs, professionnels ou amateurs, lors de compétitions ou d'entraînement. Il est réalisé par du personnel assermenté accompagné d'un délégué fédéral. Lorsque le sportif reçoit la notification, il dispose d'une heure pour se rendre au contrôle et ne peut s'y soustraire. Le dépistage consiste alors à recueillir un prélèvement urinaire, analysé dans un laboratoire agréé.

La prise en charge médicale de l'utilisateur va reposer sur les antennes médicales de prévention contre le dopage (AMPD), centres ressources capables de donner un avis spécialisé et autorisé pour le suivi médical des sportifs. Leurs missions sont multiples.

La lutte contre le dopage dans le sport va quant à elle reposer sur un travail de coordination entre l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD), l'AMA (Agence Mondiale Antidopage), les Fédérations et les AMPD.

module sept

Thérapeutiques

11

item 11

Soins psychiatriques sans consentement



* Principes de la loi de juillet 2011 : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.
* Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/11





Soins psychiatriques sans consentement

- État mental qui nécessite des soins immédiats + surveillance médicale
- Impossibilité d'y consentir

SPDT classique	SPDT urgence	SPPI	SPDRE
C1 (ext.) C2 Tiers (CNI)	- Danger imminent pour la sûreté du patient - Troubles mentaux manifestes C1 Tiers (CNI)	- Péril imminent - Absence de tiers C1 (ext)	- Compromet la sûreté des personnes - Porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public C1 (ext)
Décision du Directeur de l'établissement			Arrêté préfectoral

Période initiale d'observation et de soins

1e-24e h C24 + Examen somatique
48e-72e h C72 (médecin différent de C24 sauf SPDT classique)

Hospitalisation complète continue	Réintégration	Programme de soins	Tant que dure la mesure (HCC ou PS)
6e j-8e j : Avis motivé audition ? / transport ? **Avant le 12e j :** JLD **Sorties de courte durée :** < 12 h, accompagné < 48 h, non-accompagné	Certificat de demande puis situation au retour à l'hôpital	- Type de soins - Lieu des soins - Périodicité voire durée des soins	**Tous les mois** CM **Tous les 6 mois** HCC : JLD **Tous les ans** Avis de collège (2 psychiatres + 1 paramédical)

Levée

- Psychiatre
- JLD (avec PS le cas échéant)
- CDSP
- +/– tiers
- Défauts procédure

Cas particuliers

En SPDRE
- Délai de réponse de 48-72 h
- +/– 2e avis
- +/– JLD si désaccord médecin/préfet

ATCD irresponsabilité pénale
Avis de collège :
- avant JLD
- pour PS (+/– expertise)
- si demande de levée (toujours avec double expertise)

Droits du patient : être informé +++

Écrire/recevoir du courrier ; communiquer avec autorités, commission des usagers, CGLPL
Prendre conseil du médecin/avocat de son choix ; droit de vote ; pratiques religieuses
Si besoin : sauvegarde de justice

Ressources documentaires
http://www.psycom.org/Droits-des-usagers/Modalites-de-soins-en-psychiatrie
Légifrance – Code de la santé publique – Article L32.11.1 et suivants

Légende du schéma
SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPPI : Soins Psychiatriques en Péril Imminent
SPDRE : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État
C1 : premier certificat médical initial
(ext.) : certificat devant être établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil
C2 : deuxième certificat médical initial
CNI : Carte Nationale d'Identité : un document d'identité doit être fourni
C24 : certificat établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil au cours des premières 24 h
C72 : certificat établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil entre 48 et 72 h
JLD : juge des libertés et de la détention
HCC : Hospitalisation Complète Continue
PS : Programme de Soins
CM : certificat établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil de manière mensuelle
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

1. Introduction

Les patients disposent du droit de consentir au traitement de manière libre et éclairée et de retirer ce consentement à tout moment. Il s'agit d'un droit fondamental des patients, reconnu à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique qui reprend l'article 16-3 du Code civil. Toutefois, lorsque les patients sont hors d'état d'exprimer leur volonté, le même article prévoit que les soins soient décidés en concertation avec leur personne de confiance, ou à défaut un proche, voire en cas d'impossibilité ou d'urgence, que les décisions soient prises par le seul corps médical.

En psychiatrie, les soins librement consentis représentent la très grande majorité des situations en consultation et plus des trois quarts des hospitalisations (dites « hospitalisations libres »). Cette modalité de soins est à privilégier lorsque l'état du patient lui permet d'exprimer son consentement. Toutefois, les troubles psychiatriques présentent la particularité d'induire des troubles du jugement, des altérations du rapport à la réalité ; la capacité des patients à consentir aux soins peut alors se trouver entravée, du fait de leur incapacité à percevoir leurs troubles et la nécessité des soins. Aussi, existe-t-il des dispositions particulières prévues par la loi pour imposer, dans ces situations, des soins psychiatriques « sans consentement ». Environ 80 000 personnes sont soignées sans consentement chaque année en France.

2. Soins sans consentement selon la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013

La loi de juillet 2011, modifiée par la loi de septembre 2013, a instauré plusieurs changements majeurs.

Tout d'abord, la contrainte concerne les soins et n'est plus synonyme d'hospitalisation. Il ne s'agit donc plus d'*hospitalisation* à la demande d'un tiers (HDT) ou d'office (HO), mais d'*admission en soins psychiatriques* à la demande d'un tiers (SPDT) ou du représentant de l'État (SPDRE). S'il existe une période initiale d'observation et de soins de 72 h en milieu hospitalier, les soins peuvent ensuite prendre deux modalités différentes : une hospitalisation complète (en cas de nécessité d'une surveillance médicale constante) ou un programme de soins (en cas de nécessité

d'une surveillance médicale régulière). Un programme de soins correspond à toute autre forme de soins qu'une hospitalisation complète, à savoir : des soins ambulatoires, des soins voire une hospitalisation à domicile, des séjours en service hospitalier à temps partiel ou de courte durée à temps complet.

Une deuxième innovation majeure est l'instauration d'un **contrôle des mesures par une autorité judiciaire, à savoir le juge des libertés et de la détention (JLD)** dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil. Ainsi, l'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention n'ait statué sur cette mesure avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission. Le juge doit être préalablement saisi de manière systématique par le directeur de l'établissement (en SPDT) ou par le représentant de l'État (en SPDRE), dans un délai de 8 jours à compter de l'admission. Toutefois, le patient voire toute personne agissant dans son intérêt, contestant le bien-fondé de la mesure ou de ses modalités de mise en œuvre, peut à tout moment saisir le juge pour qu'il statue sur la mesure. Cette nouvelle disposition légale découle du fait que l'hospitalisation complète est considérée comme une situation de privation de liberté, qu'il est donc nécessaire de faire contrôler par une autorité judiciaire, seule garante du bon respect du droit des patients, aux yeux du législateur de 2011.

Enfin, une nouvelle modalité d'admission en soins psychiatriques est prévue pour les situations relevant d'une SPDT, et non d'une SPDRE, mais dans lesquelles il s'avère impossible d'obtenir la demande d'un tiers. S'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, l'admission peut être prononcée sur la base d'un unique certificat médical. Il s'agit d'une *admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent* (SPPI).

2.1. Indications et conditions générales

Les médecins jouent un rôle-clé dans l'instauration et le maintien des mesures de soins sans consentement qu'ils doivent justifier d'un point de vue médical dans leurs certificats.

Néanmoins, l'instauration effective de la mesure relève :

* d'une décision du directeur de l'établissement d'accueil (pour les SPDT et les SPPI) ;
* d'un arrêté du représentant de l'État (le préfet) dans le département (pour les ASPDRE).

La mise en place d'une SPDT ou d'une SPPI nécessite obligatoirement que les deux conditions suivantes soient réunies :

* un état mental qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière ;
* le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement.

La mise en place d'une SPDRE correspond aux situations dans lesquelles les troubles mentaux **nécessitent des soins** et compromettent **la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public**.

La mesure implique des restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient : celles-ci doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité des patients doit être respectée et leur réinsertion recherchée.

Pour chaque territoire de santé, il existe un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département. Ces établissements sont chargés d'assurer la mission de service public et sont seuls habilités à accueillir des patients sans consentement.

Les certificats nécessaires à l'instauration des mesures peuvent être établis par tout médecin thésé inscrit au Conseil de l'ordre. Tous les certificats suivants doivent être établis par des médecins psychiatres. Pour contrôler le respect des délais fixés par la loi pour la rédaction des certificats, la date et l'heure doivent être mentionnées.

2.2. Les différentes mesures : modalités d'instauration

2.2.1. SPDT classique

Les modalités d'instauration sont définies par l'article L3212-1-II-1 du Code de la santé publique.

Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un tiers : un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Il appartient au directeur de l'établissement de vérifier la conformité de la demande (qui doit être manuscrite) et de s'assurer de l'identité de la personne malade et du tiers demandeur : la demande doit être accompagnée d'un justificatif de l'identité du demandeur (copie de sa pièce d'identité).

Deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours sont nécessaires, attestant que les **deux conditions** suivantes sont réunies :

- un état mental qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière ;
- le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins.

Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement d'accueil qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Ces certificats, comme tous les certificats médicaux en la matière, doivent décrire de façon détaillée les éléments attestant de la nécessité des soins et de l'altération de la capacité à consentir. Un diagnostic n'a pas à être rapporté.

2.2.2. SPDT en urgence

Conformément à l'article L3212-3 du Code de la santé publique, en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement peut, à titre exceptionnel, prononcer l'admission au vu **d'un seul certificat** médical. Ce certificat peut émaner, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Les modalités de la demande par le tiers sont identiques à la procédure classique.

2.2.3. SPPI – péril imminent

L'article L3212-1-II-2 du Code de la santé publique prévoit que lorsqu'il s'avère **impossible d'obtenir une demande** de la part d'un tiers et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par **un certificat médical**, le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission au vu de ce seul certificat. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade. il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

2.2.4. SPDRE

Les mesures de SPDRE sont prononcées par **arrêté du représentant de l'État** dans le département lorsque **les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public**. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement qui assure la prise en charge de la personne malade.

Selon la procédure prévue par l'article L3213-1 du Code de la santé publique, **un unique certificat médical** suffit pour prononcer une SPDRE : certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, une autre modalité d'entrée dans les soins est prévue par l'article L3213-2 du Code de la santé publique. Sur la base d'un avis médical attestant la situation de danger imminent pour la sûreté des personnes, le maire (ou les commissaires de police à Paris) arrête(nt), à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires : ce qui implique le début de la prise en charge et des soins sans consentement. À noter qu'un avis (et non un certificat) médical est nécessaire et suffisant. La situation doit être référée dans les 24 h au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques (SPDRE). Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 h.

À noter qu'il est enfin possible de transformer une mesure d'SPDT existante en SPDRE.

2.3. La période initiale de soins et d'observation de 72 heures

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale de 72 h, nécessairement sous la forme d'une hospitalisation complète. Aucun programme de soins ne peut être instauré avant la fin de cette période initiale. Toutefois, une levée de la mesure peut être demandée à tout moment par le psychiatre de l'établissement d'accueil s'il juge que les conditions prévues par le Code de la santé publique ne sont pas réunies pour justifier de la mesure de contrainte.

Au cours de ces 72 h, le patient doit bénéficier d'au moins deux examens médicaux psychiatriques et d'un examen médical non-psychiatrique :

- un **examen médical** non-psychiatrique complet de la personne par un médecin est obligatoire dans les 24 h suivant l'admission. Cet examen, destiné à permettre d'éviter un diagnostic de trouble mental erroné et de préciser toute comorbidité, ne donne pas lieu à la rédaction d'un certificat ; toutefois, compte tenu de son caractère obligatoire de par la loi, il convient de le consigner rigoureusement par écrit dans le dossier médical ;
- **deux certificats médicaux** doivent être établis, respectivement dans les 24 h et au cours du troisième jour (entre la 48e et la 72e h) par un psychiatre de l'établissement. Ces certificats doivent constater l'état mental du patient et confirmer ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies dans le Code de la santé publique. À noter que le psychiatre certificateur ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée. De plus, dans le cas d'une SPDT en urgence, d'une SPPI ou d'une SPDRE, deux psychiatres différents doivent rédiger les certificats de 24 et 72 h.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat de soixante-douze heures la forme de la prise en charge à la suite de cette période initiale, à savoir :

- hospitalisation complète ;
- programme de soins (le programme de soins doit alors être inclus dans le certificat).

2.4. Le maintien au-delà de 72 heures

Tant que dure la mesure d'admission en soins psychiatriques, la prise en charge peut se faire sous la forme de l'une ou l'autre des deux modalités que sont l'hospitalisation complète et le programme de soins. Le psychiatre de l'établissement d'accueil, en charge du patient, peut à tout moment demander le passage de l'une à l'autre modalité.

2.4.1. Hospitalisation complète continue

Le maintien d'une hospitalisation complète est justifié par la nécessité d'une surveillance médicale constante. Toutefois, même dans ce cadre, les patients peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée, et ce quel que soit le type de mesure d'admission dont ils font l'objet. Ces sorties doivent permettre de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou lorsque des démarches extérieures sont nécessaires.

2.4.2. Programme de soins (PS)

Le programme de soins correspond à toute autre forme de soins qu'une hospitalisation complète. Il peut comporter des soins ambulatoires, des soins voire une hospitalisation à domicile, dispensés par l'établissement d'accueil, des séjours à temps partiel ou de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement d'accueil.

Le programme de soins doit être établi par écrit et ne peut être modifié que par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ceci implique que le programme de soins ne peut pas être établi par un médecin non-psychiatre ou par un psychiatre libéral en cabinet.

2.4.3. Modalités de maintien de la mesure

Tant que la mesure dure et quelle que soit la forme des soins, un psychiatre de l'établissement d'accueil doit établir **chaque mois** un certificat médical circonstancié.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'**un an** à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient.

2.5. Modalités de contrôle judiciaire des mesures

Toute situation d'hospitalisation complète doit faire l'objet d'un examen par le **juge des libertés et de la détention** (JLD) du tribunal de grande instance dont dépend l'établissement d'accueil, dans un délai de 12 jours suivant l'admission (ou la réintégration en cas de passage d'un programme de soins vers une hospitalisation complète) puis tous les six mois tant que se prolonge l'hospitalisation complète. Le juge est préalablement saisi par le directeur de l'établissement (en SPDT et SPPI) ou par le représentant de l'État (en SPDRE) dans un délai de huit jours à compter de la (ré-)admission.

Un psychiatre de l'établissement d'accueil doit rédiger un avis motivé quant à la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Cet avis accompagne la saisine du juge ; il doit donc être rédigé avant le huitième jour suivant la (ré-)admission. Lors de la saisine après une période d'un an d'hospitalisation complète, l'avis joint à la saisine doit émaner du collège pluridisciplinaire (décrit ci-dessus au paragraphe 2.4.3).

Le cas échéant, l'avis motivé doit mentionner les motifs médicaux qui font obstacle à l'audition du patient car ils nuiraient à son intérêt.

2.5.1. Déroulement de l'audience

Le lieu de l'audience est une salle, aménagée selon des consignes bien définies par la loi, située dans l'établissement de santé. Le juge peut toutefois décider que l'audience se tiendra au Tribunal de Grande Instance (TGI). Une audience d'appel se tient à la cour d'appel. Les débats sont par principe publics mais peuvent avoir lieu en chambre du conseil si le juge le décide ou si le patient ou son représentant le demande. La présence d'un avocat est obligatoire.

Le débat doit être contradictoire : sont convoqués le patient, le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'État. Le tiers est également convoqué pour les SPDT : il convient de l'informer au moment de la signature de la demande, qu'il recevra une convocation et que son nom apparaîtra. Le tiers n'a toutefois aucune obligation de se rendre à l'audience. De même, indépendamment de toute considération médicale, le patient peut refuser de se rendre à l'audience. La loi prévoit que les patients doivent être obligatoirement assistés (ou représentés en cas d'absence) par un avocat. Cet avocat peut être choisi ou, à défaut, commis d'office.

2.5.2. Décision du juge et voies de recours

Le juge rend son ordonnance dans les suites immédiates de l'audience ; il statue sur le maintien de la mesure dans sa forme d'hospitalisation complète. Il peut décider d'une levée totale de la mesure, ou de la fin de l'hospitalisation complète (ce qui laisse alors la possibilité au psychiatre de l'établissement d'instaurer un programme de soins). Sauf cas particuliers (les situations avec irresponsabilité pénale), le juge est seul souverain de sa décision : il n'est pas tenu de suivre l'avis médical ; il peut ordonner une expertise s'il le souhaite avant de rendre sa décision, mais il n'en a aucune obligation.

2.6. Modalités de levée

2.6.1. Sur avis du psychiatre

L'admission en soins psychiatriques se faisant sur la base de critères médicaux, la levée logique de la mesure intervient lorsqu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies. Ce certificat médical circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

En SPDT ou en SPPI, le directeur de l'établissement est tenu de lever la mesure dès que le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient le propose dans son certificat.

En SPDRE, le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies. Lorsque le psychiatre atteste que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les 24 h au représentant de l'État dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

2.6.2. Sur ordonnance du juge

Comme décrit plus haut, le juge des libertés et de la détention a toute compétence pour ordonner, s'il y a lieu, la mainlevée totale de la mesure de soins sans consentement ou seulement de la mesure d'hospitalisation complète.

2.6.3. À la demande de la CDSP

Il existe dans chaque département une **commission départementale des soins psychiatriques** (CDSP) chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques. La commission examine les situations de toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques dont elle reçoit une réclamation. Le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée par la commission départementale des soins psychiatriques à l'issue de son évaluation.

2.6.4. À la demande d'une tierce personne

En SPDT ou en SPPI, le directeur de l'établissement peut prononcer la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée par toute personne qui remplit les conditions d'un tiers (toute personne justifiant de l'existence de relations antérieures avec le malade et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci). Cette personne ne correspond pas nécessairement au tiers qui a signé la demande.

Toutefois, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 h, atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues auprès du juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil.

2.6.5. Pour défauts dans les procédures

Le juge des libertés et de la détention peut également être saisi pour des anomalies sur la forme de la mesure.

Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis ou attestations prévus par la loi entraîne la levée de la mesure de soins. En SPDRE, la levée de la mesure de soins est acquise en cas d'absence de décision du représentant de l'État à l'issue de chacun des délais prévus.



Habilitation pour les expertises prévues par la loi du 5 juillet 2011

L'expertise doit être conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil de la personne malade, choisi par le représentant de l'État dans le département sur une liste établie par le procureur de la République après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement ou, à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement. (Article L3213-5-1 du Code de la santé publique).

À noter que le représentant de l'État peut ordonner à tout moment l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une SPDRE ; et ce, indépendamment des circonstances dans lesquelles cette expertise est obligatoire , comme par exemple les situations d'irresponsabilité pénale.

2.7. Droits des patients

2.7.1. De l'information du patient

L'information du patient est une obligation légale, sur laquelle insistent les textes de 2011 et 2013. Cette information n'est pas du seul ressort des médecins : il appartient aux directeurs d'établissement et aux représentants de l'État de notifier leurs décisions aux patients (souvent en leur donnant copie des décisions et arrêtés). Du point de vue médico-légal, il est capital de garder la trace de l'information donnée dans le dossier du patient. Du point de vue médical pratique, l'enjeu est de respecter les obligations légales en adaptant les informations données à des patients parfois très décompensés.

La loi prévoit qu'avant toute décision, **l'avis du patient sur la mesure de soins et ses modalités** doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible ; le patient doit être mis à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état. Après la décision d'admission et suivant chaque décision ultérieure modifiant la mesure de soins et ses modalités d'application, le patient doit en être informé le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état ; les raisons qui motivent ces décisions doivent lui être expliquées.

2.7.2. Les voies de recours

Le patient a la possibilité de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil afin de demander la levée de la mesure dont il fait l'objet.

Le patient peut également saisir la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge de l'établissement dans lequel il se trouve. Celle-ci a pour mission de veiller au respect des droits des usagers ; elle peut transmettre la demande à la commission départementale des soins psychiatriques pour instruction.

Enfin, le patient peut également directement saisir la commission départementale des soins psychiatriques.

À noter que le patient dispose aussi du droit de communiquer avec les députés, les sénateurs et les représentants au Parlement européen élus en France, ainsi qu'avec le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

2.7.3. Des droits préservés

La loi explicite que le patient garde le droit pendant la mesure :

* de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix (lors de l'audience auprès du juge des libertés, la présence d'un avocat est obligatoire) ;
* d'émettre ou de recevoir des courriers ;
* de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
* d'exercer son droit de vote ;
* de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

À l'issue de la mesure, le patient conserve la totalité de ses droits et devoirs civiques sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés (sauf instauration en parallèle d'une mesure de protection).

2.7.4. Informations de tierces personnes

En SPDT, le tiers doit être informé de toute modification dans la forme de la prise en charge, des sorties de courte durée non-accompagnées et de la levée de la mesure.



Pour en savoir plus

Visites des établissements

Les établissements habilités à recevoir les patients sans consentement sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'État dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. À l'occasion de leur visite, ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Les députés et les sénateurs ainsi que les représentants au Parlement européen élus en France sont aussi autorisés à visiter à tout moment les établissements.

3. Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire

3.1. Cadre général pour l'hospitalisation des mineurs

Comme les mineurs sont soumis aux décisions des titulaires de l'autorité parentale, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur et la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur (un mineur est toujours sous la contrainte de ses parents !). En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, c'est le juge aux affaires familiales qui doit être saisi et statuer.

Les personnes mineures peuvent faire l'objet d'une mesure de SPDRE. Lorsque les conditions sont réunies (troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public), une mesure de SPDRE peut être prononcée par le représentant de l'État pour une personne mineure selon les modalités prévues par la loi de juillet 2011 (telles que décrites ci-avant).

3.2. Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : indications et modalités d'application

L'ordonnance de placement provisoire (OPP) est une mesure définie par les articles 375 et suivants du Code civil relatifs à l'assistance éducative. Elle permet le placement d'un mineur non émancipé auprès d'une personne (un des parents ; un autre membre de la famille ou un tiers digne de confiance) ou dans une structure (service départemental de l'aide sociale à l'enfance ; service ou à établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ; service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé) susceptible d'assurer son accueil et son hébergement. Cette décision est prise par le juge des enfants lorsque la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

Dans ce cadre-là, le mineur peut être confié à un établissement habilité à recevoir des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins

d'évaluation et/ou de traitement spécialisé. Cette mesure constitue ainsi, chez les mineurs non émancipés, une modalité spécifique de soins psychiatriques sans consentement en dehors des dispositions de la loi de juillet 2011, sous la forme obligatoire d'une hospitalisation sur décision du juge des enfants. Cette décision nécessite toutefois une évaluation médicale préalable. L'article 375-9 du Code civil précise que cet avis médical circonstancié doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement. La décision initiale du juge est prise pour une durée ne pouvant excéder 15 jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

Le juge peut statuer à la requête du père et de la mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié, du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. En cas d'urgence, le procureur de la République du lieu où le mineur a été trouvé a le même pouvoir que le juge des enfants pour décider d'une OPP, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera ou rapportera la mesure.

Les parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement. Le juge en fixe les modalités et peut, si l'intérêt du mineur l'exige, décider que l'exercice de ces droits, ou de l'un d'eux, est provisoirement suspendu. Il peut également décider que le droit de visite du ou des parent(s) ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers désigné par l'établissement auquel le mineur est confié. Si l'intérêt du mineur le nécessite ou en cas de danger, le juge décide de l'anonymat du lieu d'accueil.



Résumé

Les soins psychiatriques sans consentement sont définis par la loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013. Il existe différentes procédures : l'Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), l'Admission en soins psychiatriques en péril imminent (SPPI) et l'Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (SPDRE). Ces mesures sont instaurées au vu d'un ou deux certificat(s) (ou avis) médical(aux), parfois accompagnés d'une demande de tiers. Ces mesures doivent être prises lorsqu'un état mental rend impossible le consentement du patient à des soins nécessaires assortis d'une surveillance au moins régulière.

Il existe une période initiale d'observation et de soins en milieu hospitalier de 72 h au maximum. À l'issue de cette période, les soins peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète continue ou d'un programme de soins. Tant que dure la mesure, un certificat doit être établi tous les mois. Il existe différentes modalités de levée des mesures. En SPDRE, les modifications de la forme des soins ou la levée de la mesure peuvent nécessiter des avis ou des expertises de plusieurs psychiatres.

Toute mesure d'hospitalisation complète fait l'objet d'un examen systématique par le juge des libertés et de la détention. Celui-ci peut lever la mesure. La commission départementale des soins psychiatriques peut également examiner la situation des patients. L'information du patient est une obligation légale (de même que celle du tiers en SPDT). Si le patient le nécessite, il est obligatoire de faire instaurer une sauvegarde de justice.

Une ordonnance de placement provisoire peut être prise par le juge des enfants pour des mineurs non-émancipés afin que ces derniers soient confiés à un service de (pédo)psychiatrie lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins d'évaluation et/ou de traitement spécialisé. Cette mesure est prise, puis le cas échéant est renouvelée, au vu d'avis médicaux.



Références pour approfondir



Tous les codes et textes de lois sont accessibles sur : http://legifrance.gouv.fr/

Les articles de code concernés ont ici été repris parfois dans leur intégralité. Pour faciliter la lecture, les mots repris n'ont toutefois été ni mis en italique ni entre guillemets.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

Code de la santé publique : Modalités de soins psychiatriques : articles L3211-1 et suivants (version en vigueur au 1er janvier 2015).

Code la procédure pénale : article 706-135.

Code pénal : article 122-1.

Code civil : articles 375 et suivants.



Des tableaux-résumés plus exhaustifs mesure par mesure sont accessibles en ligne sur le site de l'AESP : http://www.asso-aesp.fr/



item 71

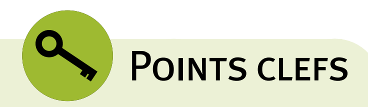
Différents types de techniques psychothérapeutiques



* Expliquer les principaux contextes théoriques et les principes de base.

Cas cliniques Sides
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/71





Alliance thérapeutique.
Empathie.
À distance de l'épisode aigu :
- Thérapie cognitivo-comportementale ou
- Thérapie systémique ou
- Psychothérapie analytique.

Choix adapté à la pathologie et au désir du patient, en l'absence de contre-indication.
Contre-Indication de la cure analytique dans les troubles psychotiques décompensés ou sévères.

1. Introduction

1.1. Psychothérapie (*Psukhé*, âme ; *Thérapia*, traitement)

On appelle psychothérapie « Toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade » (Laplanche et Pontalis).

« Est psychothérapeutique toute démarche visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le psychisme » (Sivadon).

Les moyens utilisés sont divers : échange verbal, utilisation de la relation entre thérapeute et patient, réflexion, suggestion, apprentissage de techniques spécifiques... La psychothérapie vise, selon la technique utilisée, soit à développer des capacités présentes chez la personne, soit à modifier des schémas de pensée, soit enfin à limiter les conséquences négatives de désordres, etc.

Elle implique de la part du patient une demande de soin et de changement. Un objectif thérapeutique doit être défini. Toute psychothérapie comporte un cadre avec ses règles comme le nombre de séances, leur durée, le niveau d'intervention du thérapeute et un processus. Le processus englobe tous les mouvements à l'intérieur de la thérapie : engagement du patient, éléments non-dits, résistance ou transfert.

1.2. Le titre de psychothérapeute

Un psychothérapeute peut avoir différent types de formation : psychiatre, psychologue, ou formation spécifique à la technique psychothérapique. En France, pendant longtemps, seuls les titres de psychiatre (Docteur en médecine) et de psychologue (Master) étaient reconnus par l'État. Les autres psychothérapeutes avaient une formation délivrée par des écoles ou instituts non reconnus par l'État. Depuis 2004, le titre de psychothérapeute est règlementé, et les professionnels doivent justifier d'une formation suffisante en psychothérapie et être inscrits sur un registre national, géré par les Agences régionales de santé.

Néanmoins, il existe des professionnels dont le titre échappe à toute règlementation : hypnothérapeute, psychopraticien...

1.3. Le patient

Il faut évaluer sa demande : élimination ou atténuation de symptômes, prévention d'une rechute, amélioration de la gestion du stress, augmentation du bien-être, amélioration des compétences relationnelles, soutien… Certaines psychothérapies distinguent une demande consciente (explicite pour le patient) d'une demande inconsciente (qui n'est pas directement accessible au patient), mettant alors moins l'accent sur l'objectif exprimé par le patient.

À partir de la demande et de l'analyse clinique de la situation, il est possible de formuler une indication de psychothérapie, celle-ci doit tenir compte des attentes du patient et de ses souhaits. Toute psychothérapie n'est pas applicable à tout patient. Il faut prendre en compte les domaines d'efficacité de chaque technique (cf. paragraphe 2. Psychothérapies individuelles), les capacités et la disponibilité du patient, et les contre-indications. Certaines psychothérapies demandent des capacités de réflexion, d'introspection et d'association d'idées ou bien une acceptation de l'imaginaire. La durée, la fréquence des séances, et le coût pour le patient peuvent être un facteur de choix. Il peut exister des contre-indications liées à l'impulsivité du patient, à l'existence d'idées délirantes ou d'une tendance à perdre le contact avec la réalité.

1.4. Les différents types de psychothérapies

Il existe plus de 400 formes de psychothérapies aujourd'hui : chacune repose sur un courant théorique et une technique propre à la méthode. De manière schématique, elles sont regroupées par grands courants de pensée (cognitivo-comportementale, psychodynamique (analytique), systémique). On distingue également les psychothérapies dites « brèves », qui sont de court-terme, orientées vers les solutions et les thérapies de long-terme dont l'objectif est d'accompagner un changement durable chez la personne.

Les différentes psychothérapies ne sont pas antinomiques mais chacune a son hypothèse du fonctionnement du psychisme ; elles abordent donc le soin de manière différente. Un point commun à toutes ces psychothérapies est l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité, basée sur l'empathie.

La psychothérapie n'est pas une simple conversation. Pour être reconnue comme « psychothérapie », une méthode d'intervention psychologique doit remplir plusieurs conditions :

* être fondée sur une théorie scientifique reconnue ;
* reposer sur des indications clairement établies ;
* avoir une technique codifiée ;
* avoir ses effets (favorables et défavorables) qui peuvent être évalués ;
* être pratiquée par des intervenants formés et compétents.

L'engagement dans une psychothérapie nécessite de prendre en considération :

* les attentes du patient : elles sont guidées par une situation de vie, un symptôme, un comportement (cf. Item 01) ;
* l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute (cf. Item 01) ;
* la place de la psychothérapie par rapport aux interventions de réhabilitation, éducatives ou sociales (cf. Item 117) et aux prescriptions médicamenteuses (cf. Item 72) ;
* le moment de l'évolution du trouble (phase aigüe, consolidation de la rémission, prévention de la rechute…).

Le choix de la psychothérapie est guidé par :

* le symptôme du patient : type (diagnostic), gravité et sévérité (cf. Item 59) ;

* le choix du patient : son expérience préalable et/ou sa préférence en fonction de ses propres représentations (cf. Item 01) ;
* l'accessibilité aux soins (tel thérapeute avec telle méthode, dans telle région) (cf. Item 60).

L'évaluation de l'efficacité des psychothérapies est complexe, notamment du fait de la difficulté de réaliser un traitement « placebo » en aveugle. De plus, il est difficile de prendre en compte de manière standardisée des éléments comme la qualité ou l'expérience clinique des thérapeutes. Il est généralement plus aisé de mesurer l'efficacité de thérapies centrées sur un symptôme défini (comme une phobie). Néanmoins, les données de la littérature convergent vers l'idée que cette évaluation est faisable en respectant les règles des essais contrôlés. La taille d'effet d'un traitement psychothérapique est moyenne à importante dans un grand nombre de troubles, et équivalente aux traitements médicamenteux, psychiatriques comme physiques. Par ailleurs, les études en imagerie fonctionnelle montrent des modifications de l'activité cérébrale dans les régions pré frontales pour les déprimés, ou amygdaliennes et hippocampiques dans le stress.

2. Psychothérapies individuelles

2.1. Psychothérapie de soutien

La psychothérapie de soutien est considérée comme une psychothérapie de premier niveau, une base commune ou un socle sur lequel se construisent d'autres psychothérapies. Elle est à différencier du « soutien » qui est une notion générale qui n'appartient pas au monde soignant. Elle est la psychothérapie la plus utilisée et la moins théorisée mais elle répond à un cadre précis et des techniques définies.

2.1.1. Principes théoriques

Elle repose sur une théorie composite qui emprunte à la théorie analytique et cognitivo-comportementale, à l'expérience humaine et professionnelle, et à l'utilisation des ressources relationnelles.

Elle vise à accompagner et aider le patient face à une situation de vie difficile et stressante : l'annonce d'une maladie grave (cf. Item 01), la survenue d'un traumatisme, le deuil (cf. Item 141), une anxiété réactionnelle (cf. Item 64), mais aussi l'accompagnement dans des pathologies psychiatriques en complément d'autres approches thérapeutiques…

2.1.2. Objectifs

* Faciliter l'expression d'émotions douloureuses ;
* favoriser les stratégies d'ajustement du patient face à une situation de stress (cf. Item 01) ;
* donner de l'espoir ;
* améliorer l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle.

2.1.3. Modalités pratiques

* Repérer et structurer la demande du patient ;
* écoute attentive, empathique, compréhensive, validant les ressentis en nommant, clarifiant le contenu des représentations et des émotions (cf. Item 01) ;
* dépister les résistances (cf. Item 01) ;
* soutenir et renforcer le sentiment de liberté et d'efficacité personnelle en réassurant, encourageant, valorisant, conseillant (cf. Item 01).

2.1.4. Indications

Toutes les pathologies médicales psychiatriques et non-psychiatriques.

2.2. Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

2.2.1. Principes théoriques

Les TCC sont une famille de thérapies basées sur un corpus théorique commun. Elles ont connu 3 évolutions successives :

* une première, comportementale (première moitié du XXe siècle), basée sur les théories du conditionnement classique et opérant, qui proposent d'expliquer comment les comportements sont appris et comment l'environnement influe sur le comportement ;
* une seconde, qui correspond à la « révolution cognitive » (à partir de 1960), qui s'enrichit de conceptualisations sur les émotions et les pensées. L'individu traite l'information en fonction de schémas cognitifs acquis par apprentissage qui donnent lieu à des pensées automatiques, qui elles-mêmes guident les comportements ;
* une troisième, la vague « émotionnelle » (à partir des années 2000), dont les thérapies ont mis l'accent sur l'acceptation et la pleine conscience, en plus des interventions comportementales traditionnelles. Exemples de thérapies ayant prouvé leur efficacité : thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT : Acceptance and Commitment Therapy), thérapie comportementale dialectique (DBT Dialectical Behavioral Therapy), thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT : Minfulness Based Cognitive Therapy), réduction du stress par la pleine conscience (MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction), activation comportementale.

Le postulat est que les symptômes présentés par un patient sont des troubles secondaires à un conditionnement et constituent des réponses comportementales et/ou cognitives dysfonctionnelles. Il peut s'agir de schémas de pensées erronés ou bien de symptômes psychiques comme une phobie, une obsession, une attaque de panique. Dans toute psychothérapie comportementale ou cognitive, on repère les situations ou comportements à problèmes, les pensées qui s'y relient, les émotions qui surgissent. Puis, on tente de réfléchir à des stratégies alternatives pour les pensées ou les émotions. Le conditionnement est le fait qu'il est possible de sensibiliser le sujet à un stimulus afin d'obtenir une réponse prévisible. Le conditionnement introduit les notions d'apprentissage social et de « renforcement ».

Les thérapies mentionnées plus haut ne sont pas une liste exhaustive. Il existe des thérapies ayant prouvé leur efficacité dans certaines indications. Les principales seront citées plus loin.

2.2.2. Objectifs

Les TCC sont des psychothérapies verbales dont le but est de faire acquérir au patient des compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes.

2.2.3. Modalités pratiques

Les TCC appartiennent aux thérapies brèves. Les objectifs sont déterminés avec le patient (traiter une problématique circonscrite), avec une évaluation objective et partagée de l'efficacité (utilisation d'échelles et de questionnaires). Elles font initialement appel à une analyse fonctionnelle de la problématique, et un « contrat » thérapeutique est fait entre le thérapeute et le patient.

Les modalités de la thérapie dépendant beaucoup de la technique utilisée. Voici les grandes lignes communes :

* **méthode comportementale :**
  - désensibilisation par confrontation en imagination au stimulus anxiogène ;
  - exposition par confrontation in vivo (graduée) au stimulus anxiogène, avec « modeling » participatif (le thérapeute montre de nouveaux comportements) ;
  - immersion (« flooding ») : confrontation directe, non graduée, à un stimulus anxiogène maximal ;
* **méthode cognitive :**
  - modification des schémas cognitifs ;
  - thérapie rationnelle d'Ellis et méthode de Beck : étude des schémas de pensée « erronés » comme le fait de surgénéraliser, d'avoir une pensée dichotomique ou de tirer des conclusions arbitraires d'un fait, et développement de schémas cognitifs plus adaptés ;
  - affirmation de soi ;
  - développement des compétences sociales ;
* **méthode émotionnelle :**
  - acceptation et engagement dans des changements en accord avec ses valeurs ;
  - techniques de tolérance à la détresse et de gestion des émotions ;
  - méditation de pleine conscience.

2.2.4. Indications

TOC, phobies, troubles anxieux	Indications principales des TCC
Stress post-traumatique	TCC
Trouble de l'humeur	TCC, activation comportementale, ACT, MBCT (prévention de la rechute)
Trouble de personnalité borderline	DBT
Schizophrénie	TCC
Douleurs chroniques	MBSR
Autres	Prévention du suicide, TCA, troubles du sommeil, dépendance

N.B. : Sont mentionnées ici les principales indications validées.

2.3. Psychothérapies analytiques

Les psychothérapies analytiques et la psychanalyse reposent sur le postulat de l'inconscient, créé il y a plus d'un siècle par Freud.

2.3.1. Principes théoriques

La théorie freudienne repose sur l'hypothèse de l'existence de processus psychiques inconscients reliés dynamiquement aux processus conscients.

Il s'agit de la théorie topique de Freud qui distingue 3 instances psychiques :

* le Ça : inconscient, siège des pulsions et des désirs refoulés ;
* le Moi : conscient, au contact de la réalité, contrôle l'accès à la perception et à l'action (instance médiatrice entre le Ça et le Surmoi) ;
* le Surmoi : « conscience morale » formée par l'intériorisation des interdits parentaux et sociaux.

Les mouvements générés par les pulsions (définies comme ce qui vise à soulager l'organisme d'une tension comme la faim, le sommeil, l'angoisse…) entre ces différentes instances sont à l'origine de conflits intrapsychiques, dont le symptôme du patient est l'expression. L'individu lutte contre ces conflits par des mécanismes de défense, inconscients : refoulement, clivage, projection, annulation, déni, déplacement, passage à l'acte…

2.3.2. Objectifs

Le premier but réalise un but de vie : apaiser la souffrance liée à un symptôme, réduire ce dernier et permettre de réaliser des projets existentiels dans le travail ou la vie sentimentale.

Un autre but concerne un enjeu thérapeutique : modifier la structure de personnalité pour réaliser ses projets de vie entravés par les mécanismes de défense délétères pour le patient.

Le dernier but réalise un enjeu « technique » : la mise à jour progressive et la prise de conscience d'éléments inconscients et de ses processus psychiques et de ses mouvements de pensée.

2.3.3. Modalités pratiques

2.3.3.1. Cure analytique

* Le patient est allongé sur un divan. Le psychanalyste, en dehors de son champ de vision, adopte une attitude de « neutralité affective » et analyse les résistances du patient et la relation de transfert ;
* les associations libres : le patient exprime ses pensées sans les ordonner ou les hiérarchiser (« comme ça vient ») ;
* le transfert : mouvements émotionnels du patient vers le thérapeute répétant des attitudes acquises dans l'enfance ;
* le contre-transfert : ensemble des émotions et affects induits chez le psychanalyste par le transfert du patient ;
* l'interprétation : intervention de l'analyste en vue d'éclairer l'origine des symptômes. Une importance est donnée aux rêves et au retour des souvenirs infantiles.

2.3.3.2. Psychothérapie d'inspiration analytique (PIP)

* Correspond à une « cure-type aménagée » : patient et thérapeute assis face à face ;
* thérapie plus directement orientée vers le soin : centre les échanges sur le matériel psychique le plus significatif mais tend à amender les symptômes.

2.3.4. Indications

* Indiquée surtout dans les troubles anxieux, phobies, TOC, troubles somatoformes, troubles de personnalité (histrionique et narcissique surtout), troubles de l'adaptation et trouble stress post-traumatique ;
* dans tous les cas le patient doit être demandeur, motivé, avec un bon *insight* (conscience du trouble) et des représentations psychiques adaptées à celle de la psychanalyse ;
* les contre-indications sont les troubles psychotiques sévères ou décompensés.

2.4. Autres

Liste non exhaustive des autres thérapies répertoriées (leur classification est arbitraire et dépend souvent de leurs auteurs) :

* la psychothérapie interpersonnelle (IPT) : thérapie validée dans les troubles de l'humeur. Brève et facile d'accès, cette thérapie se focalise sur les conflits interpersonnels, les déficits de communication, les transitions dans les rôles de la vie, les processus d'attachement et de perte. Elle utilise des stratégies thérapeutiques comme l'analyse de la communication, les jeux de rôles, les assignations de tâches, etc. ;
* EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing – Désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires) : thérapie essentiellement indiquée dans le trouble stress post-traumatique (cf. Item 64f), basée sur la verbalisation de souvenirs traumatiques lors de la réalisation de mouvements oculaires guidés par le thérapeute (même si la méthode ne se limite désormais plus à l'utilisation des mouvements oculaires), afin de diminuer leur valence émotionnelle incontrôlable ;
* thérapies basées sur l'hypnose (hypnose ericksonnienne, programmation neuro linguistique) : utilisation de cet état de conscience modifié afin d'obtenir des changements utiles à la thérapeutique ;
* thérapies humanistes : thérapie existentielle et phénoménologique (Dasein analyse), Gestlat-thérapie, analyse transactionnelle, psychothérapies intégratives, thérapies Rodgeriennes ;
* les thérapies corporelles et à médiation : médiation corporelle, médiation artistique, relaxation, biofeedback, sophrologie, hypnose…

3. Psychothérapies de groupe et collectives

3.1. Thérapie systémique familiale (ou de couple)

3.1.1. Principes théoriques

Le modèle systémique (Bateson et École de Palo Alto) envisage la famille (ou le couple) comme un système dynamique où les membres sont en perpétuelle interaction. Les symptômes d'un des sujets du système (le « patient-désigné ») sont inclus dans cette dynamique et n'appartiennent pas qu'au patient. Ils relatent un dysfonctionnement communicationnel ou interrelationnel du système.

3.1.2. Objectifs

La systémique étudie ce qui fonde la famille, ses règles, ses mythes, ses transactions, son équilibre et sa flexibilité face au changement. Elle vise la réduction des symptômes chez le patient désigné en prenant en charge l'ensemble du système dans lequel il évolue (la famille).

3.1.3. Modalités pratiques

* Alliance thérapeutique ;
* affiliation (« Joining ») : le thérapeute s'imprègne de la culture familiale pour enclencher le processus thérapeutique ;
* redéfinition et connotation positive : analyse des comportements de la famille et de leurs significations ;
* questionnement circulaire : recherche des différences entre les membres de la famille et modifie « les étiquettes » attribuant à chacun un rôle figé ;

* génogramme familial : support écrit pour représenter les relations entre les différents membres de la famille et connaître les positions de chacun par rapport à l'histoire de la famille et celle des générations passées ;
* prescription de tâches à chacun des membres du système ;
* cadre de l'entretien familial défini :
  - a minima un thérapeute et un observateur qui repèrent les mouvements et les séquences de l'entretien,
  - enregistrement audio et vidéo de l'entretien : permet l'analyse par le thérapeute après-coup, décryptage des fonctionnements interrelationnels,
  - deux salles séparées par un miroir sans tain : dans une 1re salle, la famille et le thérapeute ; dans une 2de salle, le co-thérapeute.

3.1.4. Indications

Les troubles psychiatriques en lien avec des facteurs de risques et de maintien en rapport avec des facteurs de stress reliés aux interactions familiales.

TCA (anorexie notamment) et autres addictions, schizophrénie, TDAH, troubles des conduites.

3.2. Autres

* Psychothérapie institutionnelle : ensemble d'activités liées à un dispositif de soin hospitalier ou ambulatoire tels que : groupes de parole, ateliers d'expression, thérapies médiatisées, remédiation cognitive. L'objectif vise à enrichir l'ensemble du dispositif de plusieurs fonctions psychothérapeutiques ;
* psychothérapie mère-bébé ;
* psychothérapie de groupe : psychodrame (psychodrame analytique, psychodrame de Moreno), groupe de paroles, groupe d'affirmation de soi, groupe de réhabilitation sociale et cognitive…
* ateliers thérapeutiques/art-thérapie ;
* éducation thérapeutique en groupe : terme consacré à l'éducation thérapeutique dans les troubles psychiatriques. En plus de la délivrance d'informations, elle mobilise divers modes d'action psychothérapiques : acceptation, responsabilisation, développement des capacités relationnelles, etc. Les programmes structurés sont généralement faits en groupe de cinq à dix patients, avec deux thérapeutes.



Une psychothérapie est une technique thérapeutique basée sur des interventions psychologiques. Il existe de nombreux types de psychothérapies, avec des référentiels théoriques multiples et des techniques variées. Cependant, des éléments communs sont notés : qualité de la relation thérapeute-patient, compréhension et empathie. De manière schématique, les psychothérapies peuvent être classées dans trois grandes familles : thérapies cognitives et comportementales (TCC), psychothérapies analytiques et thérapies systémiques.

De nombreuses techniques psychothérapiques ont montré leur efficacité dans différentes indications. Le choix dépend du contexte clinique et des attentes du patient. Pour qu'une thérapie soit efficace, il convient que le thérapeute ait une formation et une expérience de qualité.

Le médecin doit pouvoir guider le patient dans le choix d'une thérapie et d'un thérapeute.

Références pour approfondir

Schmitt L., *Premiers pas en psychothérapie, petit manuel du thérapeute*, Elsevier Masson, 2010, 200 p.

Rapport d'expertise : *Psychothérapie, trois approches évaluées*, Inserm, 2004.

72

item 72

PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DES PSYCHOTROPES

A. Définition
B. Antipsychotiques
C. Antidépresseurs
D. Anxiolytiques
› Benzodiazépines
› Non-Benzodiazépines
E. Hypnotiques
F. Thymorégulateurs
G. Psychostimulants

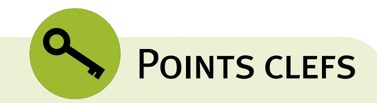


OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

* Prescrire et surveiller un médicament appartenant aux principales classes de psychotropes.

CAS CLINIQUES SIDES
http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/72





1/ Concernant les antipsychotiques :

Les traitements antipsychotiques sont indiqués dans le traitement des **troubles psychotiques** et certains d'entre eux sont indiqués dans **les troubles bipolaires**.

La caractéristique commune de tous les antipsychotiques est d'être **antagoniste** des récepteurs dopaminergiques de type **D2**. Les antipsychotiques bloquent aussi d'autres récepteurs pouvant expliquer certains effets indésirables.

La monothérapie est à privilégier.

Certains antipsychotiques existent sous la forme retard d'action prolongée permettant notamment d'améliorer l'observance.

Le **bilan pré-thérapeutique** et le **suivi** reposent sur les éléments suivants : examen clinique, NFS, plaquettes, ionogramme, urémie, créatinémie, bilan hépatique, et bilan métabolique, βHCG chez les femmes, ECG (QTc), +/– EEG (antécédent épileptique ou clozapine), +/– Prolactine.

Les **effets indésirables** sont les suivants : syndrome métabolique, syndrome parkinsonien, dystonies, dyskinésies, hyperprolactinémie, effets anticholinergiques, effets adrénolytiques, neutropénie pour la clozapine (NFS régulières), allergie.

Le **syndrome malin des neuroleptiques** est un effet indésirable rare mais grave.

2/ Concernant les antidépresseurs :

Les traitements antidépresseurs sont indiqués dans le traitement des **épisodes dépressifs caractérisés** (EDC) et certains d'entre eux sont indiqués dans les **troubles anxieux**.

La caractéristique commune de tous les antidépresseurs est d'augmenter les concentrations intra synaptique des monoamines (**sérotonine**, noradrénaline ou dopamine). Les antidépresseurs bloquent aussi d'autres récepteurs pouvant expliquer certains effets indésirables.

Le **bilan préthérapeutique** est clinique, et :

- pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA) : pas de bilan paraclinique systématique ;
- pour les imipraminiques : ECG, bilan ophtalmologique, bilan rénal, bilan hépatique, EEG.

En première intention, ne pas prescrire d'imipraminique ou d'IMAO, **préférer les ISRS, ISRSNA** :

- exemple d'ISRS : Escitalopram SEROPLEX®, Sertraline ZOLOFT®, Paroxétine, DEROXAT® ;
- exemple d'ISRSNA : Venlafaxine (EFFEXOR®) ;
- exemple d'imipraminique : Clomipramine (ANAFRANIL®).

Les **effets indésirables** des **ISRS/ISRSNA** sont : **majoration des idées suicidaires et de l'anxiété à l'initiation du traitement, virage mixte ou maniaque de l'humeur**, effets digestifs, tremblements, irritabilité, céphalées, hyponatrémie (surtout chez le sujet âgé), hypertension artérielle (surtout avec ISRSNA).

Les **effets indésirables** des **imipraminiques** sont : **majoration des idées suicidaires et de l'anxiété à l'initiation du traitement, virage mixte ou maniaque de l'humeur,** effets anticholinergiques, effets adrénolytiques, effets antihistaminiques, tremblements, dysarthrie, crise épileptique à dose élevée, effets neurovégétatifs, trouble de la conduction et de la repolarisation, allergie.

Le **syndrome sérotoninergique** est un effet indésirable rare mais grave.

3/ Concernant les anxiolytiques et hypnotiques :

Les **indications** principales des anxiolytiques sont les manifestations anxieuses intenses et/ou invalidantes. Pour les benzodiazépines, les indications sont également le sevrage en alcool et le traitement des crises épileptiques. Les indications des hypnotiques sont les insomnies aiguës transitoires.

Les chefs de file de ces classes sont les benzodiazépines et apparentés :

- exemple de benzodiazépine (anxiolytique) : Oxazépam (SERESTA).
- exemple d'apparenté (hypnotique) : Zolipdem (STILNOX).

La caractéristique commune des benzodiazépines et apparentés est de faciliter la **transmission GABAergique**.

Le **bilan préthérapeutique** est clinique et éventuellement complété d'examen paraclinique en cas de point d'appel.

Les **contre-indications absolues** sont les suivantes : hypersensibilité, insuffisance respiratoire sévère, insuffisance hépatique sévère, syndrome d'apnées obstructives du sommeil, myasthénie.

Les **effets indésirables** sont les suivants : sédation (potentialisée par l'alcool), altérations cognitives, confusion, troubles du comportement favorisés par l'alcool (effet désinhibiteur, réactions paradoxales), actes automatiques amnésiques, pharmacodépendance.

La prescription des anxiolytiques et des hypnotiques doit être régulièrement réévaluée et ne doit pas être arrêtée brutalement après un traitement datant de plusieurs semaines.

Il n'y a pas lieu dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques.

Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.
Pour ces molécules il existe un risque de surconsommation, de tolérance et de dépendance.
Durées de prescription maximales réglementaires de 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques et de 4 semaines pour les hypnotiques.

4/ Concernant les thymorégulateurs :

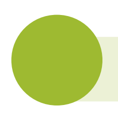
Les **indications** sont les troubles bipolaires : le traitement curatif de l'épisode maniaque ou dépressif caractérisé et le traitement préventif de la récidive.
Le **bilan préthérapeutique** repose sur l'examen clinique complété des examens paracliniques suivants :
* pour le lithium : NFS-plaquettes, Glycémie à jeun, Ionogramme sanguin, Créatininémie, urémie, clairance de la créatinine, protéinurie, glycosurie, Calcémie, Bilan thyroïdien (TSH), βHCG (femme en âge de procréer), ECG ;
* pour les anti-épileptiques : NFS-plaquettes, Bilan hépatique, TP, βHCG chez une femme en âge de procréer.

Les sels de lithium sont le traitement de référence.
Exemple d'anti-épileptique : divalproate de sodium (DEPAKOTE®).
Exemple d'antipsychotique utilisé comme thymorégulateur : olanzapine (ZYPREXA®).
Les **contre-indications absolues** du lithium sont les suivantes : insuffisance rénale, déplétion hydro-sodée, hyponatrémie, régime sans sel ou peu salé, coronaropathie sévère, association aux diurétiques, insuffisance cardiaque instable, allaitement.
La **surveillance** de la lithiémie est incontournable lors d'une prescription de lithium.
Les **effets indésirables** du lithium sont les suivants : **Tremblements, Prise de poids, Hypothyroïdie, Hyperparathyroïdie, Atteintes rénales**, Effets digestifs (diarrhée), Effets cardiovasculaires, Hyperleucocytose, Effets dermatologiques.
Les **signes de surdosages** du lithium sont principalement : tremblements cérébelleux, confusion, somnolence et signes digestifs (diarrhée, vomissement).

5/ Concernant les psychostimulants (méthylphénidate et modafinil) :

Les **indications** principales sont pour le méthyphénidate (RITALINE®) le TDAH (trouble de l'attention avec hyperactivité), et pour le modafinil (MODIODAL®) la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique.
Le **bilan pré thérapeutique** a pour objectif de rechercher une cardiopathie.
La prescription initiale est faite par un médecin hospitalier puis réévaluée et renouvelée chaque année par un spécialiste hospitalier.
La **surveillance** est clinique.





DÉFINITION

Les psychotropes peuvent se définir comme « l'ensemble des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui ont un tropisme « psychologique », c'est-à-dire susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification » (définition de Delay et Deniker).
Les principaux psychotropes utilisés en psychiatrie sont :

* les antipsychotiques,
* les antidépresseurs,
* les thymorégulateurs,
* les anxiolytiques,
* les hypnotiques,
* les psychostimulants.

Ils sont régis par des **règles de prescriptions**. Seuls les psychotropes les plus communément utilisés seront à connaître, la liste complète de tous les psychotropes d'une classe (en particulier pour les antipsychotiques et les antidépresseurs) n'est indiquée que pour information.

Une **information**, voire une **éducation thérapeutique**, est indispensable dès la mise en route d'un psychotrope.



Antipsychotiques

1. Définition et mécanismes d'action

Les traitements antipsychotiques sont indiqués dans le traitement des troubles psychotiques (schizophrénie et troubles délirants persistants, cf. Items 61 et 63) et certains d'entre eux sont indiqués à visée thymorégulatrice dans les troubles bipolaires de l'humeur.

Plusieurs appellations des traitements antipsychotiques sont actuellement utilisées en pratique courante (neuroleptiques, antipsychotiques typiques/atypiques, antipsychotiques de première/deuxième génération). La distinction entre ces différentes classes provient de différents types de classifications ayant été développés au cours de l'histoire de ces traitements (cf. encadré « Histoire de la psychiatrie »).



Histoire de la psychiatrie

La découverte de la chlorpromazine au début des années 1950 a permis d'améliorer de façon inédite les symptômes positifs chez les sujets souffrant de schizophrénie. Ce médicament a été le premier agent d'une famille pharmacologique (antipsychotiques typiques ou de première génération) qui provoquait la survenue d'effets indésirables moteurs extrapyramidaux simultanément aux effets thérapeutiques et a ainsi été baptisée « neuroleptique » (« qui affaiblit le nerf »). L'introduction des antipsychotiques atypiques ou de seconde génération au début des années 1990 a permis de montrer que les effets extrapyramidaux n'étaient pas nécessaires aux effets thérapeutiques des antipsychotiques. Ces antipsychotiques ont été baptisés « atypiques » car ils provoquent moins d'effets indésirables neurologiques que les antipsychotiques plus anciens.

À l'heure actuelle, la distinction est parfois floue entre ces classes et peut différer selon la classification utilisée. C'est pour cette raison que nous utiliserons le terme général d'« antipsychotique » dans tout le référentiel, sauf dans le cas du syndrome malin des neuroleptiques, entité essentiellement connue sous ce nom.

Sur le plan pharmacologique, la caractéristique commune de tous les antipsychotiques est d'être antagoniste des récepteurs dopaminergiques de type D2. Les antipsychotiques dits de « deuxième génération » agissent par antagonisme des récepteurs dopaminergiques D2 et sérotoninergiques 5HT2A.



Neurosciences et recherche

Les antipsychotiques bloquent les récepteurs dopaminergiques post-synaptiques D2 des quatre principales voies dopaminergiques, avec pour conséquence certains effets thérapeutiques, mais aussi indésirables.

Les corps cellulaires des neurones dopaminergiques sont essentiellement situés dans le tronc cérébral, au niveau du mésencéphale (aire tegmentale ventrale (ATV), substance noire), et, accessoirement dans l'hypothalamus ; leurs projections sont longues et diffuses. On distingue :

* la voie mésolimbique, issue de l'ATV, qui projette vers le noyau accumbens (ou striatum ventral). Le fonctionnement excessif de ce système pourrait être à l'origine de la symptomatologie positive des troubles psychotiques. L'action des antipsychotiques sur cette voie est donc recherchée car elle sous-tendrait leurs effets thérapeutiques ;
* la voie mésocorticale, issue de l'ATV, qui projette vers le cortex préfrontal. Chez les sujets souffrant de schizophrénie, une hypoactivité à ce niveau pourrait sous-tendre les symptômes négatifs, ainsi que les altérations attentionnelles et exécutives observées. Les antipsychotiques de première génération pourraient aggraver cet hypofonctionnement. L'effet antagoniste des récepteurs 5-HT2 des neuroleptiques de seconde génération atténuerait l'antagonisme des récepteurs D2 striataux et préviendrait l'apparition d'effets indésirables neurologiques ;
* la voie nigrostriée, issue de la substance noire, qui projette vers le striatum dorsal (noyau caudé, putamen) : cette voie est impliquée dans le contrôle du mouvement (une perte neuronale à ce niveau entraîne l'apparition d'un syndrome parkinsonien). Lorsque le blocage des récepteurs D2 de la voie nigrostriée par les neuroleptiques dépasse un certain seuil, des symptômes extrapyramidaux apparaissent, sous forme d'un syndrome parkinsonien, de dyskinésies aiguës ou d'une akathisie (impossibilité de tenir en place) et à long terme d'une dyskinésie tardive ;
* la voie tubéro-infundibulaire qui est responsable des effets endocriniens : l'effet des antipsychotiques sur cette voie entraîne une diminution de l'effet inhibiteur sur la sécrétion de prolactine normalement exercée par la dopamine au niveau de l'hypophyse. Cet effet peut conduire à l'apparition d'une hyper-prolactinémie, avec pour conséquences possibles une aménorrhée-galactorrhée chez la femme ou une impuissance chez l'homme.

Les antipsychotiques bloquent aussi d'autres récepteurs pouvant expliquer certains effets indésirables :

* adrénergiques, à l'origine de l'effet hypotenseur orthostatique et sur le rythme cardiaque ;
* cholinergiques, à l'origine d'effets atropiniques tels qu'une sécheresse de la bouche, une constipation, des baisses de l'accommodation, une rétention urinaire ; et également à l'origine d'une altération de l'attention et de sédation ;
* histaminergique, participant à la sédation, l'augmentation de l'appétit et la baisse de la vigilance.

2. Principales molécules : noms commerciaux et DCI

Le tableau suivant résume les principaux antipsychotiques utilisés et disponibles sur le marché français (SP = Semi prolongée).

	Classe (à titre indicatif)	Molécule	Per os	IM	IM Retard
Antipsychotiques typiques ou de première génération	Phénothiazines	Chlorpromazine (Largactil®)	X	X	
		Cyamémazine (Tercian®)	X	X	
		Alimémazine (Théralène®)	X		
		Lévomépromazine (Nozinan®)	X	X	
		Pipotiazine (Piportil®)	X		X
		Propericiazine (Neuleptil®)	X		
	Butyrophénones	Halopéridol (Haldol®)	X	X	X
		Pipampérone (Dipipéron®)	X		
		Dropéridol (Droleptan®)		X	
	Thio-xanthènes	Flupentixol (Fluanxol®)	X		X
		Zuclopenthixol (Clopixol®)	X	SP	X
	Benzamides	Sulpiride (Dogmatil®)	X		
		Tiapride (Tiapridal®)	X		
Antipsychotiques atypiques ou de seconde génération		Amisulpride (Solian®)	X	X	
	Dibenzo-oxazépines	Loxapine (Loxapac®)	X	X	
		Olanzapine (Zyprexa®)	X	X	X
	Dibenzo-diazépines	Clozapine (Leponex®)	X		
		Quetiapine (Xeroquel®)	X		
	Benzisoxazoles	Risperidone (Risperdal®)	X		X
		Paliperidone (Xeplion®)			X
	Quilonolones	Aripiprazole (Abilify®)	X	X	X

3. Modalités de prescription

3.1. Indications

* Troubles psychotiques (et notamment schizophrénie), indication la plus classique :
  - épisode psychotique bref (cf. Item 346) ;
  - trouble schizo-affectif (cf. Item 61) ;
  - trouble schizophrénique et schizo-affectif (cf. Item 61) ;
  - trouble délirant persistant (cf. Item 63) ;
* troubles de l'humeur, mais pas pour tous les produits (olanzapine, quetiapine, aripiprazole, risperidone ; voir partie thymorégulateurs) :
  - épisode maniaque sévère avec ou sans caractéristiques psychotiques (cf. Items 62 et 346) ;
  - épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques (cf. Items 64 et 348) ;
  - épisode mixte avec une excitation psychomotrice importante ou une anxiété importante (cf. Items 62 et 346) ;
* traitement préventif des rechutes du trouble bipolaire (cf. Item 62) ;
* autres indications moins classiques :
  - traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété de l'adulte en cas d'échec des thérapeutiques habituelles (ex. : cyamémazine) ;
  - autres : trouble obsessionnel compulsif résistant, trouble dépressif résistant, troubles du comportement, insomnies résistantes, tics de la maladie de Gilles de La Tourette…

Attention, certains antiémétiques comme le métoclopramide sont des antipsychotiques « cachés » et peuvent induire des effets indésirables extrapyramidaux.

3.2. Contre-indications

Il n'y a pas de contre-indication absolue commune à tous les antipsychotiques mais il y a des contre-indications spécifiques à chaque molécule :

* hypersensibilité connue à la molécule ;
* allongement de l'espace QT ;
* en cas de syndrome malin des neuroleptiques, prudence extrême : contre-indication à vie de la molécule incriminée et des traitements retards ;
* autres contre-indications selon la classe : phéochromocytome (benzamides) ; glaucome à angle fermé et risque de rétention aiguë d'urine (pour les plus anticholinergiques) ; antécédent d'agranulocytose toxique (phénothiazines, clozapine) ; porphyrie (phénothiazines) ; bradycardie < 65/minute et hypokaliémie (sultopride…).

Contre-indications relatives nécessitant des précautions d'emploi :

* épilepsie (abaissement du seuil épileptogène) ;
* arythmies, angor, hypotension orthostatique ;
* maladie de Parkinson (la clozapine est alors à choisir car elle est la seule à posséder l'indication dans la « psychose parkinsonienne ») ;
* insuffisance cardiaque, respiratoire, hépatique ou rénale ;
* grossesse et allaitement ;
* diabète ou intolérance au glucose (olanzapine et clozapine) ;
* sevrage à l'alcool (si une prescription s'avère nécessaire, choisir le tiapride), aux barbituriques et aux benzodiazépines.



En ce qui concerne la grossesse et l'allaitement, les informations les plus pertinentes peuvent être retrouvées à partir du site du CRAT (Centre de référence sur les agents thératogènes) pour les antipsychotiques mais aussi pour les autres psychotropes et traitements à visée non psychiatrique : **http://www.lecrat.org**.

3.3. Galénique

La voie d'administration orale doit être privilégiée. En cas d'impossibilité, la voie intramusculaire peut être choisie.

La forme galénique doit être discutée avec le patient, l'administration intra-musculaire d'une formulation d'action prolongée peut présenter un intérêt (amélioration de l'observance).

3.4. Bilan préthérapeutique

Le bilan pré-thérapeutique avant un traitement antipsychotique est guidé par la recherche de contre-indications et par le bilan « métabolique » afin de dépister, de suivre l'évolution et éventuellement de traiter un trouble métabolique possiblement induit ou aggravé par ces traitements.

Il convient de réaliser un bilan clinique avant de prescrire un antipsychotique :

* recherche par l'interrogatoire des antécédents du patient, notamment les antécédents personnels et familiaux d'obésité, de dyslipidémie, de maladie cardiovasculaire et les autres facteurs de risque cardiovasculaires ;
* mesure du périmètre abdominal, de l'IMC, de la pression artérielle ;
* recherche d'une éventuelle grossesse, d'un allaitement chez les femmes ;
* le reste de l'examen clinique sera complet et recherchera des contre-indications comme un glaucome.

Des examens complémentaires seront aussi à réaliser :

* biologie standard : NFS, plaquettes, ionogramme, urémie et créatininémie, bilan hépatique complet, glycémie veineuse à jeun, bilan lipidique, prolactinémie, βHCG chez les femmes ;
* électrocardiogramme avant la mise en place d'un traitement antipsychotique à la recherche d'un trouble du rythme et d'un allongement de l'espace QT ;
* électrocardiogramme sous traitement pour vérifier l'absence de modification ;
* l'électroencéphalogramme n'est pas systématique mais peut se discuter chez les patients aux antécédents de crises épileptiques ou pour les antipsychotiques abaissant le plus le seuil épileptogène comme, par exemple, la clozapine.

3.5. Règles de prescription

La voie d'administration orale doit être privilégiée. En cas d'impossibilité, la voie intramusculaire peut être choisie.

La forme galénique doit être discutée avec le patient, l'administration intra-musculaire d'une formulation d'action prolongée peut présenter un intérêt (amélioration de l'observance).

Au moment de l'initiation (traitement d'attaque) :

* la molécule est choisie en fonction de l'indication, de la symptomatologie prédominante, des antécédents de traitement par antipsychotique (en termes d'efficacité et de tolérance), des contre-indications, de l'habitude du prescripteur et des préférences exprimées par le patient ;
* les doses sont rapidement progressives ;
* la posologie est ajustée en fonction de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

Au moment du traitement extrahospitalier :

* la posologie présentant la meilleure balance bénéfice/risque est retenue ;
* la monothérapie est privilégiée.

3.6. Durée de traitement

Après un épisode psychotique bref unique, il est recommandé de poursuivre le traitement au moins 2 ans après avoir obtenu la rémission totale des symptômes psychotiques.

Après un 2e épisode ou une rechute, le traitement doit être poursuivi au moins 5 ans.

La diminution doit se faire de manière progressive (pas plus de 10 % de diminution de la posologie par mois), et tenir compte des échéances scolaires ou professionnelles. Cette diminution doit dans tous les cas se faire sous surveillance médicale, en maintenant le suivi au moins 12 à 24 mois après un éventuel arrêt, les rechutes pouvant survenir tardivement.

4. Modalités de surveillance

4.1. Surveiller l'efficacité

* Surveillance de la régression des symptômes cibles lors du traitement d'attaque.
* Surveillance de l'absence de récidive lors du traitement d'entretien.

4.2. Surveiller la tolérance

4.2.1. Effets indésirables psychiatriques

Les effets indésirables psychiatriques sont :

* l'état d'indifférence psychomotrice manifesté par une passivité, une asthénie, un émoussement affectif, un repli et un désintérêt. Cela nécessite une baisse de la posologie ou un changement de traitement ;
* l'épisode dépressif caractérisé post-psychotique ;
* la sédation ;
* la confusion surtout chez le sujet âgé.

4.2.2. Effets indésirables neurologiques

En dehors des AVC et de crises épileptiques, les effets indésirables neurologiques surviennent surtout avec les antipsychotiques de première génération :

* les dystonies (dyskinésies) aiguës s'observent à l'initiation du traitement ou lors du changement de posologie. Il s'agit d'un tableau de contracture musculaire, le plus souvent au niveau de l'extrémité céphalique avec trismus, protraction de la langue, contractures orales, péri-orales, difficultés de déglutition, blépharospasme, crises oculogyres (plafonnement oculaire). Plus rarement il s'agit d'un tableau de contracture musculaire au niveau de l'axe corporel (opisthotonos, torticolis). Le traitement repose sur les correcteurs anticholinergiques par voie intramusculaire (par exemple la tropatépine, Lepticur®) et l'ajustement du traitement antipsychotique ;
* le syndrome parkinsonien repose sur la triade akinésie, hypertonie et tremblement. Le syndrome parkinsonien induit par les antipsychotiques est à prédominance akinéto-hypertonique.

Le traitement repose sur la modification de la posologie ou sur le passage d'un antipsychotique de première à deuxième génération ou l'emploi d'un correcteur anticholinergique (par exemple la tropatépine per os) qui toutefois ne doit **jamais** être prescrit d'emblée en association aux neuroleptiques ;

* le syndrome hyperkinétique (qui associe des symptômes moteurs et anxieux) correspond à l'akathisie (incapacité à garder une position avec sensation angoissante d'impatience) et à la tasikinésie (déambulation anxieuse avec besoin incoercible de mouvement). Le traitement repose sur la prescription d'un β bloqueur non cardiosélectif, ou d'une benzodiazépine ;
* les dyskinésies tardives sont des mouvements anormaux, involontaires, répétitifs et incontrôlables touchant la face (mouvements de mastication) et plus rarement le tronc et les membres (balancement, mouvements choréo-athétosiques). Leur survenue est imprévisible, après plusieurs mois de traitement. La symptomatologie très invalidante est parfois irréversible. Il n'y a pas de traitement curatif et ces dyskinésies peuvent être aggravées par les anticholinergiques qui sont alors contre-indiqués. La conduite à tenir consiste à remplacer la molécule par une autre provoquant moins d'effets indésirables neurologiques ;
* une crise épileptique iatrogène est un diagnostic d'élimination et impose la recherche d'une cause lésionnelle. Le seuil épileptogène est abaissé de manière différente selon les molécules concernées. La clozapine présente un risque plus élevé.

4.2.3. Effets indésirables endocrino-métaboliques

Ces effets surviennent surtout avec les antipsychotiques de deuxième génération :

* la prise de poids et troubles lipidiques ;
* diabète ;
* hyperprolactinémie se manifeste par une gynécomastie avec une galactorrhée et une aménorrhée chez la femme et parfois par une baisse du désir ou de l'excitation sexuelle.

4.2.4. Effets indésirables neurovégétatifs et cardiovasculaires

Ce sont :

* des effets anticholinergiques : sécheresse buccale, une constipation, des reflux gastro-œsophagiens, une rétention urinaire, une tachycardie, des troubles de la déglutition avec fausse route, des troubles de l'accommodation et une confusion mentale. La fermeture de l'angle irido-cornéen peut favoriser la survenue d'un glaucome aigu par fermeture de l'angle. L'anétholtrithione (Sulfarlem®) peut améliorer la sécheresse buccale ;
* des effets adrénolytiques : hypotension orthostatique ;
* une augmentation du QT avec risque de torsades de pointes, de fibrillation ventriculaire et de mort subite. Il faut calculer le QTc. Un QTc > 450 ms chez l'homme et > 470 ms chez la femme est considéré comme anormalement élevé.

4.2.5. Effets indésirables hépatiques

Rares cas d'hépatites cholestasiques.

4.2.6. Effets indésirables allergiques et toxiques

Peuvent survenir :

* allergie ;
* le risque **d'agranulocytose médicamenteuse** est présent quelle que soit la molécule et est particulièrement élevé pour la clozapine. Pour cette molécule réglementairement, une surveillance hématologique doit avoir lieu hebdomadairement pendant les 18 premières semaines de prescription puis de façon mensuelle pendant toute sa durée ;

* photosensibilisation : mesures préventives (protection solaire systématique), et risque de dépôts pigmentaires rétiniens et cristalliniens, en particulier avec les phénothiazines.

Compte tenu de ces effets indésirables, notamment endocrino-métabolique, la surveillance d'un traitement par antipsychotiques au long cours sera clinique à la recherche de complications (poids, IMC, galactorrhée…) et paraclinique :

	Avant le traitement	1 mois après le début du traitement	3 mois après le début du traitement	Tous les trimestres	Tous les ans	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

4.3. Un effet indésirable rare mais grave : le syndrome malin des neuroleptiques

Rare mais grave, le syndrome malin des neuroleptiques a été décrit avec la plupart des molécules et engage le pronostic vital. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique.

Cliniquement, il associe, sur un mode de début rapidement progressif :

* une hyperthermie (40-41°) ou une hypothermie (< 36°) ;
* une rigidité extrapyramidale ;
* des sueurs profuses ;
* une tachycardie ;
* une hypotension artérielle ;
* des troubles de la vigilance ;
* des troubles cardiorespiratoires ;
* de possibles convulsions.

Chez un patient sous antipsychotique, une fièvre avec un syndrome confusionnel doit faire évoquer parmi les autres hypothèses diagnostiques une forme frustre de syndrome malin. Toute hyperthermie inexpliquée chez un patient traité doit faire suspendre immédiatement le traitement.

Biologiquement on retrouve :

* une hyperleucocytose supérieure à 15 000 leucocytes par mm^3, avec augmentation des PNN ;
* des perturbations variées du ionogramme (hypernatrémie, hyperkaliémie…) ;
* le taux de créatine phosphokinase (CPK), les LDH, les ALAT et les ASAT sont augmentés.

Le traitement repose sur :

* le transfert en urgence en réanimation ;
* l'arrêt du médicament concerné ;
* le traitement non spécifique : ré-équilibration hydro-électrolytique, lutte contre l'hyperthermie ;
* le traitement spécifique : bromocriptine et amantadine (agoniste dopaminergique) pour atténuer le blocage dopaminergique, dantrolène pour avoir un effet myorelaxant.

La gravité de ce syndrome impose des mesures préventives :

* les antipsychotiques d'action prolongée ne sont pas prescrits en première intention sans essai avec le traitement per os au préalable ;
* les antipsychotiques d'action prolongée ne sont pas prescrits au patient ayant un antécédent de syndrome malin des neuroleptiques ;
* la réintroduction d'un traitement antipsychotique après un syndrome malin est possible mais cette réintroduction doit être réalisée sous surveillance rapprochée en utilisant un autre antipsychotique, si possible d'une classe différente.

5. Information/Éducation du patient

Le patient doit être informé des bénéfices attendus du traitement lorsque celui-ci est prescrit, ainsi que des effets indésirables pouvant survenir, à savoir essentiellement les effets indésirables neurologiques et métaboliques.

Il est également informé qu'il s'agit d'un traitement qu'il doit prendre tous les jours, et qui ne peut être arrêté brutalement.

Antidépresseurs

1. Définition et mécanismes d'action

Les antidépresseurs sont des psychotropes indiqués dans le traitement des épisodes dépressifs caractérisés (EDC). Leur indication s'est élargie au traitement des troubles anxieux.

La classification des antidépresseurs distingue :

* les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS),
* les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA),
* les imipraminiques (ou tricycliques),
* les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO),
* les « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent).

Les modalités d'action des antidépresseurs sur les systèmes monoaminergiques sont différentes selon les classes mais l'effet principal et le plus connu des antidépresseurs correspond à une augmentation des concentrations intra synaptiques des monoamines (**sérotonine**, noradrénaline ou dopamine).

Les modalités d'action des antidépresseurs sur les systèmes monoaminergiques sont différentes selon les classes. Le tableau suivant présente de manière schématique ces différents modes d'action.

Classe	Mode d'action principal
ISRS	Inhibition de la recapture pré-synaptique de la sérotonine.
ISRSNA	Inhibition de la recapture pré-synaptique de la sérotonine et de la noradrénaline.
Imipraminiques	Inhibition de la recapture pré-synaptique des monoamines (sérotonine, noradrénaline, dopamine).
IMAO	Inhibition des monoamines oxydases (et donc du catabolisme des monoamines).
Autres	Variés : α2bloquants pré-synaptiques : augmentation de la libération synaptique de noradrénaline et sérotonine (mirtazapine, miansérine), ou possiblement modulateurs glutamatergiques (tianeptine), ou agonistes mélatoninergiques et antagoniste 5HT2c (agomélatine).

À côté de ce mode d'action, les antidépresseurs ont, de manière variable, d'autres effets sur la neurotransmission :

* **antihistaminiques** provoquant la sédation et la prise de poids ;
* **alpha-adrénolytiques** provoquant une sédation, des hypotensions, des effets indésirables sexuels (trouble de l'érection, de l'éjaculation) ;
* **anticholinergiques** donnant des effets atropiniques.

2. Principales molécules : noms commerciaux et DCI



Classe	Exemples (DCI, Nom commercial)
ISRS	Escitalopram, SEROPLEX®, Sertraline, ZOLOFT®, Paroxétine, DEROXAT®
ISRSNA	Venlafaxine, EFFEXOR®
Imipraminiques	Amitriptyline, LAROXYL®, clomipramine, ANAFRANIL®
IMAO	Moclobémide, MOCLAMINE®
Autres	Mirtazapine, NORSET® Tianeptine, STABLON® Agomélatine, VALDOXAN®

3. Modalités de prescription

3.1. Indications

3.1.1. Troubles de l'humeur

* Épisode dépressif caractérisé : initiation et phase de consolidation (cf. Item 64) ;
* trouble dépressif récurrent : phase de maintenance avec pour but la prévention des récidives (cf. Item 64).

3.1.2. Troubles anxieux

* Troubles anxieux (cf. Item 64).

3.1.3. Autres indications

* Douleurs neuropathiques (imipraminiques et ISRSNA) ;
* céphalées rebelles et migraines (imipraminiques et IMAO) ;
* certains troubles du sommeil (narcolepsie avec cataplexie, énurésie ; cf. Item 108).

3.2. Contre-indications et interactions médicamenteuses

Classe chimique	ISRS / ISRSNA	Imipraminiques	IMAO	Autres
Contre-indications absolues	* Association aux IMAO * Hypersensibilité connue	* Glaucome à angle fermé * Adénome de prostate * Infarctus récent et coronaropathie non stabilisée * Insuffisance cardiaque décompensée * Trouble du rythme cardiaque * Association aux IMAO * Hypersensibilité connue	* HTA * Phéochromocytome * AVC * Hypersensibilité connue * Polynévrites	* Association aux IMAO * Hypersensibilité connue
Contre-indications relatives	* Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice risque) * Insuffisance hépatique et rénale (ajustement des posologies)	* Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice risque) * Crise épileptique (abaissement du seuil épileptogène) * Insuffisance hépatique et rénale (ajustement des posologies) * Âge supérieur à 75 ans * Trouble démentiel	* Grossesse et allaitement (on préfère cependant les tricycliques et les ISRS) * Alimentation riche en tryptophane et tyramine (fromage fermenté, sauce soja, hareng en saumur, bière, vin...)	* Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice risque) * Insuffisance hépatique (CI absolue pour agomélatine) et rénale (ajustement des posologies)

<table>
<tr><th>Classe</th><th>Molécules</th><th>Classification clinique</th><th>Classification pharmacologique</th><th>Effets latéraux anticholinergiques</th><th>Effets latéraux antihistaminiques</th><th>Effets latéraux α adrénolytiques</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Imipraminiques</td><td>Amitriptyline</td><td rowspan="3">Sédatifs</td><td rowspan="2">5HT>NA</td><td rowspan="5">Effet anticholinergique ++ surtout sur les premiers tricycliques (ex : amitriptyline)</td><td rowspan="3">Effet antihistaminique ++</td><td rowspan="3">Effet αadrénolytique ++</td></tr>
<tr><td>Doxépine</td></tr>
<tr><td>Maprotiline</td><td>Noradrénergique</td></tr>
<tr><td>Imipramine</td><td rowspan="7">Intermédiaires</td><td rowspan="2">5HT>NA</td><td rowspan="2">Effet antihistaminique +</td><td rowspan="2">Effet αadrénolytique +</td></tr>
<tr><td>Clomipramine</td></tr>
<tr><td rowspan="6">ISRS</td><td>Citalopram</td><td rowspan="6">Sérotoninergique</td><td rowspan="15">Pas ou peu d'effet anticholinergique</td><td rowspan="12">Pas ou peu d'effet antihistaminique</td><td rowspan="12">Pas ou peu d'effet αadrénolytique</td></tr>
<tr><td>Escitalopram</td></tr>
<tr><td>Fluvoxamine</td></tr>
<tr><td>Paroxétine</td></tr>
<tr><td>Sertraline</td></tr>
<tr><td>Fluoxétine</td><td>Stimulants</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ISRSNA</td><td>Milnacipran</td><td rowspan="3">Intermédiaires</td><td rowspan="3">5HT>NA</td></tr>
<tr><td>Venlafaxine</td></tr>
<tr><td>Duloxétine</td></tr>
<tr><td rowspan="2">IMAO</td><td>IMAO non sélectif : Iproniazide</td><td rowspan="2">Désinhibiteurs</td><td rowspan="2">5HT, Dopamine, NA, etc.</td></tr>
<tr><td>IMAO sélectif A : Moclobémide</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Autres</td><td>Tianeptine</td><td>Intermédiaire</td><td>Glutamatergique</td></tr>
<tr><td>Miansérine</td><td rowspan="2">Sédatifs</td><td rowspan="2">5HT=NA</td><td rowspan="2">Effet antihistaminique ++</td><td>Effet αadrénolytique ++</td></tr>
<tr><td>Mirtazapine</td><td>Effet αadrénolytique +</td></tr>
<tr><td>Agomélatine</td><td>Intermédiaire</td><td>Antagonisme sérotoninergique et Agoniste Mélatoninergique</td><td>Pas ou peu d'effet antihistaminique</td><td>Pas ou peu d'effet αadrénolytique</td></tr>
</table>

Tableau. **Les principaux antidépresseurs utilisés et leurs effets sur la neurotransmission.**

Les principales interactions médicamenteuses concernant les antidépresseurs sont celles concernant les IMAO. **L'association d'un traitement par IMAO à un autre traitement sérotoninergique (ex. : ISRS, ISRSNA, etc.) augmente de manière importante le risque de syndrome sérotoninergique**.

Par ailleurs, les ISRS présentent des effets inhibiteurs enzymatiques du cytochrome P 450 **qui peuvent modifier la concentration plasmatique d'autres molécules. Parmi ces ISRS, la fluoxétine, la paroxétine, la fluvoxamine présentent les effets inhibiteurs les plus importants. Il en résulte des interactions** avec des médicaments psychotropes (ex. : clozapine, carbamazépine, valproate), mais également sur des molécules non-psychotropes (ex. : flécaine ou tamoxifène). Ces interactions peuvent donc entraîner des contre-indications d'association ou des adaptations de posologie.

Le millepertuis, plante médicinale disponible en pharmacie, est parfois conseillé comme traitement phytothérapeutique de la dépression. Cependant, d'une part le millepertuis n'est pas un antidépresseur recommandé et d'autre part cette plante peut induire de nombreuses interactions médicamenteuses avec les traitements antidépresseurs pouvant entraîner des effets indésirables (ex. : syndrome sérotoninergique) et/ou en altérer l'effet.

Le tabac et l'alcool diminuent les concentrations d'antidépresseurs.

3.3. Galénique

La voie orale est la voie principale de tous les traitements antidépresseurs.

Cependant certains sont disponibles par voie IV (ex. : Citalopram – SEROPRAM® ou Clomipramine – ANAFRANIL®) sans qu'une efficacité supérieure à la voie orale ait pu être démontrée au niveau pharmacologique.

3.4. Bilan préthérapeutique

Le bilan pré-thérapeutique avant un traitement antidépresseur est guidé par la recherche de contre-indications et par la perspective du suivi de l'évolution et de l'apparition d'effets indésirables.

Concernant le bilan pré-thérapeutique paraclinique :

* ISRS et ISRSNA : pas de bilan paraclinique systématique. Le bilan est toutefois à adapter selon les situations cliniques comme la surveillance de la natrémie chez le sujet âgé avec, l'ECG en cas d'antécédents cardiologiques, ou le bilan hépatique lors de la prescription de la duloxétine ;
* imipraminiques et IMAO : ECG, bilan ophtalmologique, bilan rénal, bilan hépatique, EEG si antécédent d'épilepsie ;
* agomélatine : bilan hépatique (réglementaire).

3.5. Règles de prescription

3.5.1. Au moment de l'initiation

Il est recommandé en première intention de prescrire un ISRS, un ISRSNA. La prescription d'un imipraminique ou d'un IMAO se fera en troisième ou même quatrième intention.

La molécule est choisie en fonction de son AMM dans le trouble concerné mais aussi des préférences exprimées par le patient. La coexistence d'un trouble anxieux et d'un épisode dépressif fera éventuellement choisir un antidépresseur ayant une AMM dans ce trouble anxieux.

La voie d'administration est orale et la voie IV n'est envisagée qu'en cas d'impossibilité de la voie orale.

Dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif, la posologie utilisée peut être plus élevée que dans le traitement de l'épisode dépressif. Toutefois, le traitement doit être débuté à faible posologie et augmenté progressivement.

Chez le sujet âgé, la posologie initiale doit être la moitié de celle utilisée chez l'adulte et les doses progressivement augmentées.

Dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé dans un trouble bipolaire : le traitement doit être assuré en première intention par un thymorégulateur et l'adaptation de sa posologie et jamais par un antidépresseur seul. En deuxième intention, l'utilisation d'un antidépresseur est possible mais uniquement sous couverture d'un thymorégulateur.

3.5.2. Au moment du traitement d'entretien

Le traitement et la posologie sont ceux qui ont permis la sortie de l'épisode dépressif caractérisé.

La monothérapie est privilégiée.

3.6. Durée de traitement

La durée du traitement est d'au moins 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif caractérisé. En cas de trouble dépressif récurent et/ou de trouble anxieux, le traitement est indiqué pour une durée plus longue.

Les posologies seront diminuées progressivement pour éviter la survenue d'un syndrome d'arrêt aux antidépresseurs. Il se manifeste généralement dans la semaine suivant l'arrêt et dure moins d'une semaine. Il associe une anxiété, une irritabilité, des troubles du sommeil comme des cauchemars, des sensations vertigineuses, des troubles neurosensoriels comme des troubles de l'équilibre, un syndrome pseudo-grippal. Pour un traitement de moins d'un an l'arrêt se fera en quelques semaines et en quelques mois pour un traitement de plus d'un an.

La fréquence des consultations sera augmentée, du fait du risque de réapparition des symptômes.

Il est recommandé de revoir le patient à distance de la rémission complète.

Après un premier EDC, la durée de traitement recommandée est d'au moins 6 mois après rémission des symptômes.

Le risque majeur après plusieurs EDC est le risque de récidive. Ce dernier augmente avec le nombre d'épisodes antérieurs.

Au delà de deux EDC, il est recommandé de maintenir le traitement antidépresseur au long cours (au moins deux ans).

4. Modalités de surveillance

4.1. Surveiller l'efficacité

4.1.1. Dans les troubles dépressifs

Après initiation du traitement, il convient de surveiller rigoureusement **l'efficacité sur le risque suicidaire.**

Classe chimique	Effets indésidrables
ISRS/ISRSNA	* **Effets cardiaques** Allongement du QT sur l'ECG et donc risque de tachycardie ventriculaire * **Effets digestifs** nausées, vomissement, diarrhée, douleurs digestives, constipation, parfois sécheresse buccale hépatotoxicité (en particuliers avec la duloxétine) * **Effets neurologiques** tremblements, signes extra pyramidaux, irritabilité, céphalées * **Troubles sexuels** Baisse du désir ou de l'excitation sexuelle, trouble de l'orgasme * **Syndrome sérotoninergique** par surdosage (ou interactions) * **Effets métaboliques** Hyponatrémie par sécrétion inappropriée d'ADH (surtout chez le sujet âgé) Hypertension artérielle (en particulier pour les ISRSNA)
Imipraminiques	* **Effets anticholinergiques centraux** confusions, plainte du sommeil * **Effets anticholinergiques périphériques** bouche sèche, troubles de l'accommodation, constipation, rétention d'urines… * **Effets antihistaminiques** sédation, somnolence diurne, prise de poids * **Effets adrénolytiques périphériques** Hypotension orthostatique * **Effets neurologiques** Tremblements, dysarthrie, Crise épileptique à dose élevée * **Effets neurovégétatifs** sueurs nocturnes, troubles sexuels, trouble de la conduction et de la repolarisation * **Effets allergiques et toxiques** agranulocytose, hépatites toxiques
IMAO	* Le risque majeur est la crise hypertensive avec risque de décès par hémorragie cérébrale ou méningée * Signes anticholinergiques possibles avec sueurs, tremblements, bouche sèche, possible hypotension artérielle paradoxale * Hépatotoxicité * Polynévrite et névrite optique * Risque d'interaction avec les aliments riches en tyramine et de nombreux médicaments comme les ISRS
Autres	* Prise de poids (miansérine, mirtazapine) * Addiction (tianeptine) * Hépatotoxicité (agomélatine) * Agranulocytose rare pour la miansérine

Après 8 semaines de traitement bien conduit un tiers des patients ont une réponse complète au traitement, un tiers des patients ont une réponse partielle ou insuffisante et un tiers des patients ne répondent pas. Le début de l'amélioration survient dans un délai variable selon les symptômes dépressifs.

Attention, le délai d'action des antidépresseurs est compris entre 2 et 4 semaines quelle que soit la classe choisie. Une amélioration dans les 2 premières semaines de traitement est fréquemment prédictive d'une réponse favorable ultérieure. Le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de 6 à 8 semaines. Ainsi, sauf si la symptomatologie du patient s'aggrave, il est recommandé de ne pas interrompre un traitement antidépresseur en l'absence d'amélioration avant 4 semaines de traitement à posologie efficace.

À l'inverse une réponse trop rapide peut parfois faire évoquer un épisode dépressif caractérisé dans le cadre d'un trouble bipolaire (avec un risque de virage maniaque de l'humeur).

4.1.2. Dans les troubles anxieux

Dans les TOC, le délai d'action est de l'ordre de 4 à 8 semaines et le temps de traitement nécessaire à l'obtention de la réponse thérapeutique maximale de l'ordre de 10 à 12 semaines : le traitement doit être continué au moins 3 mois avant de conclure à son inefficacité.

Dans les autres troubles anxieux, la réponse complète est généralement obtenue entre 4 et 8 semaines.

4.2. Surveiller la tolérance

L'aggravation d'idées suicidaires est possible à l'initiation du traitement et doit être surveillée régulièrement (surtout chez adolescents). Une majoration transitoire de l'anxiété est également possible et doit être surveillée les premiers jours du traitement.

L'apparition d'un syndrome mixte ou maniaque (« virage de l'humeur ») est possible sous traitement antidépresseur et doit aussi être surveillée régulièrement (en particulier dans le cadre du trouble bipolaire).

Les effets indésirables les plus fréquents et bénins (effets digestifs, tremblements…) sont, pour leur majorité, de survenue précoce en début de traitement ou après augmentation de la posologie, dose-dépendants et transitoires.

Les effets indésirables attendus doivent être recherchés et évalués de façon systématique à chaque consultation et plus particulièrement en début de traitement.

Le poids doit être surveillé, la plupart des antidépresseurs peuvent induire une prise de poids. En cas de prise de poids, des mesures adaptées doivent être mises en place.

4.3. Un effet indésirable rare mais grave : le syndrome sérotoninergique

Le syndrome sérotoninergique est un effet indésirable grave à rechercher avec l'ensemble des antidépresseurs. Il est notamment favorisé par l'association de deux antidépresseurs (en particulier avec un IMAO), ou l'association d'un antidépresseur avec le lithium ou la carbamazépine.

Il s'agit d'un diagnostic clinique. Les symptômes, généralement peu spécifiques, sont :

* digestifs (nausées, diarrhée) ;
* neurologiques (syndrome confusionnel, agitation, tremblements, myoclonies, rigidité musculaire, hyperréflexie, troubles de la coordination, mydriase, akathisie, hallucinations) ;

* neuro végétatifs (tachycardie, tachypnée, dyspnée, fièvre, sudation, hyper ou hypotension artérielle).

Il existe un risque de choc, de coma, de rhabdomyolyse ou de CIVD, qui sont tous des signes de gravité.

Le manque de spécificité de ce syndrome impose un bilan étiologique complet incluant un bilan infectieux, métabolique/endocrinien et un bilan d'intoxication ou de sevrage de substance.

5. Information/éducation du patient

Le patient doit être informé des bénéfices attendus du traitement lorsque celui-ci est prescrit, ainsi que des effets indésirables pouvant survenir, à savoir essentiellement les effets indésirables digestifs, sexuels et de possible prise de poids. Le patient doit être informé du risque de virage maniaque de l'humeur en particulier dans le contexte des troubles bipolaires, et du risque de majoration transitoire de l'anxiété en début de traitement.

Il est également informé qu'il s'agit d'un traitement qu'il doit prendre tous les jours, qui présente un délai d'action et qui ne peut être arrêté brutalement. La durée du traitement envisagée doit être également expliquée.

Anxiolytiques : généralités

Les traitements médicamenteux anxiolytiques sont indiqués en cas de **manifestations anxieuses intenses et invalidantes**.

On distingue plusieurs classes de médicaments anxiolytiques :

* les **benzodiazépines**,
* les **anxiolytiques non-benzodiazépiniques**.

Anxiolytiques : benzodiazépines

1. Définition et mécanismes d'action

Les benzodiazépines constituent la classe principale des anxiolytiques.

Les benzodiazépines facilitent la transmission **GABAergique** et permettent donc de diminuer l'hyperexcitabilité neuronale associée à l'anxiété.

Cette propriété leur confère des effets :

* anxiolytiques ;
* sédatifs ;
* anti-épileptiques ;
* myorelaxants ;
* amnésiants ;
* orexigènes.

2. Principales molécules : noms commerciaux et DCI

Les benzodiazépines utilisées et disponibles sur le marché français sont les suivantes :

* oxazépam (Seresta®)
* lorazépam (Temesta®)
* alprazolam (Xanax®)
* bromazépam (Lexomil®)
* clobazam (Urbanyl®)
* diazépam (Valium®)
* clorazépate dipotassique (Tranxene®)
* prazépam (Lysanxia®)
* clotiazépam (Veratran®)
* loflazépate d'éthyle (Victan®)
* nordazépam (Nordaz®)

Toutes ces molécules sont souvent présentées selon leur demi-vie. Cependant, la distinction entre demi-vie courte, intermédiaire ou longue est d'intérêt limité compte tenu du **nombre important de métabolites actifs intermédiaires**.

Il faut retenir que **l'oxazépam est un métabolite final de nombreuses benzodiazépines** : c'est donc la benzodiazépine à demi-vie la plus courte (ce qui présente un intérêt, notamment chez les patients présentant une insuffisance hépatique).

Les benzodiazépines présentent par ailleurs des profils sédatifs différents. Ainsi, certaines molécules sont plus sédatives (ex. : lorazépam, Temesta®) que d'autres (ex. : alprazolam, Xanax®). Ces éléments peuvent orienter la prescription selon le contexte clinique.

3. Modalités de prescription

3.1. Indications

Les principales indications des benzodiazépines sont les suivantes :

* traitement symptomatique des **manifestations anxieuses intenses et/ou invalidantes** ;
* traitement préventif dans le cadre du **sevrage en alcool** : prévention du syndrome de sevrage (delirium tremens) ;
* traitement des **crises épileptiques** et des **épilepsies** (partielles ou généralisées).

3.2. Contre-indications

Le tableau reprend les principales contre-indications (absolues et relatives) des benzodiazépines.

Absolues	Relatives
* Hypersensibilité connue * Insuffisance respiratoire sévère * Insuffisance hépatique sévère * Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (non traité par pression positive continue PPC) * Myasthénie	* Grossesse et allaitement * Insuffisance rénale * Insuffisance hépatique (préférer l'oxazepam dans ce cas) * Antécédent de troubles addictifs * Antécédent de réaction paradoxale

3.3. Galénique

La voie d'administration orale doit être privilégiée.

En cas d'impossibilité, la voie intramusculaire peut être choisie (disponible pour le diazepam, le clorazépate dipotassique).

La voie intra-veineuse lente est rarement utilisée en pratique mais reste possible pour certaines molécules (disponible pour le diazepam, le clorazépate dipotassique).

3.4. Bilan pré-thérapeutique

L'interrogatoire et l'examen clinique doivent s'attacher à éliminer toute **contre-indication**. Si besoin, des examens paracliniques peuvent être réalisés, notamment à la recherche d'une insuffisance hépatique sévère (chez les patients consommant de l'alcool notamment).

La prise d'autres traitements médicamenteux doit également être recherchée afin d'anticiper toute **interaction médicamenteuse**.

3.5. Règles de prescription

Les grandes règles générales de prescription suivantes doivent être respectées :

* Il n'y a pas lieu dans le traitement des manifestations anxieuses, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépines ou autres) ;
* Il n'y a pas lieu d'initier une prescription de benzodiazépines, sans respecter les **posologies recommandées.** Le traitement sera prescrit à la dose la minimale efficace ;
* il convient de veiller aux **durées** de prescriptions ;
* l'**arrêt** doit toujours être **progressif**, sur une durée de quelques semaines.

3.6. Durée de traitement

La durée de prescription maximale réglementaire (incluant la période de sevrage) est de **4 à 12 semaines** pour les benzodiazépines.

La prescription des benzodiazépines doit être régulièrement **réévaluée.** Elle ne doit pas être reconduite systématiquement ni être arrêtée brutalement après un traitement de plusieurs semaines.

4. Modalités de surveillance

4.1. Surveiller l'efficacité

Il est indispensable de surveiller la régression des symptômes anxieux.

4.2. Surveiller la tolérance

Les différents effets indésirables suivants doivent être recherchés lors du traitement :

* **sédation** : somnolence diurne, asthénie, sensation vertigineuse, altération de la vigilance (potentialisée par les consommations d'alcool) ;
* **altérations cognitives** : altération de la mémoire et des capacités de réaction (confusion possible chez le sujet âgé) ;
* **perturbations du comportement** : effet désinhibiteur (favorisés par les consommations d'alcool) ;
* **réactions paradoxales** : agitation et agressivité (favorisées par les consommations d'alcool) ;
* **actes automatiques amnésiques** : chez les patients impulsifs pouvant avoir des conséquences médico-légales ;
* **dépendance** : c'est le principal effet indésirable avec la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement. Une benzodiazépine de demi-vie courte, une posologie élevée, des antécédents de dépendance, une escalade des doses et un traitement prolongé en sont les principaux facteurs de risque ;
* **rebond de l'anxiété** : à l'arrêt du traitement, réapparition de symptômes anxieux plus intenses qu'à l'initiation du traitement diminuant en quelques jours.

4.3. Surveiller la toxicité

4.3.1. Surdosage

En cas d'intoxication aiguë et de surdosage, le pronostic vital peut être menacé. Les signes de surdosage se manifestent principalement par une dépression du système nerveux central pouvant aller de la somnolence jusqu'au coma. Un antidote est disponible, il s'agit du flumazénil (Anexate®).

4.3.2. Population particulière

Chez le sujet âgé, des posologies plus faibles seront utilisées.

5. Information/Éducation du patient

Certaines modalités de prescription du traitement par benzodiazépines doivent impérativement être expliquées au patient.

Une information claire doit être donnée sur :

* le caractère transitoire du traitement par benzodiazépines ;
* le risque de somnolence et les précautions à prendre en cas de conduite automobile ;
* le risque d'effets indésirables majoré en cas de consommations d'alcool ;
* l'importance de respecter les règles de l'arrêt de traitement (baisse progressive) et le risque de sevrage en cas d'arrêt brutal.

Anxiolytiques : non-benzodiazépines

Parmi les anxiolytiques non-benzodiazépines, on distingue :

* les antihistaminiques ;
* les β-bloquants ;
* la buspirone, Buspar® ;
* l'étifoxine, Stresam®.

Les molécules concernées ainsi que leurs caractéristiques principales sont regroupées dans le tableau ci-contre.

Attention, les antidépresseurs qui constituent le traitement pharmacologique de fond des troubles anxieux chroniques ne seront pas à nouveau détaillés ici (cf. partie « antidépresseurs »).

De même, certains antipsychotiques comme la cyamémazine (Tercian®), la lévomepromazine (Nozinan®) ou la loxapine (Loxapac®) présentent un effet anxiolytique et sédatif. Ils peuvent donc avoir un intérêt dans le traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété de l'adulte en cas d'échec des thérapeutiques habituelles. Ils ne seront pas à nouveau détaillés ici (cf. partie « antipsychotiques »).

Les antihistaminiques

Les antihistaminiques, antagonistes des récepteurs H1, peuvent être utilisés en cas de manifestations anxieuses mineures.

Ils peuvent être utilisés en cas de contre-indication à l'utilisation des benzodiazépines. Il s'agit, par ailleurs, de l'anxiolytique de choix chez l'enfant.

Les β-bloquants

Les β-bloquants, antagonistes des récepteurs βadrénergiques, peuvent être utilisés en cas de manifestations physiques de l'anxiété.

La buspirone (Buspar®)

La buspirone (Buspar®) agit au niveau des récepteurs sérotoninergiques de type 5HT1A. Son effet anxiolytique est moins important que celui des benzodiazépines. Il n'existe pas de risque de dépendance.

L'étifoxine (Stresam®)

L'étifoxine (Stresam®) agit sur les récepteurs GABAergiques (mais au niveau d'un site distinct des benzodiazépines).

Classe	Molécule	Aspects pratiques	Contre-indications absolues
Antihistaminique	Hydroxyzine (Atarax®)	* Anxiolyse moins importante qu'avec les benzodiazépines * Efficacité rapide dès la première prise * Pas de risque de dépendance * Effets anticholinergiques (sécheresse buccale, risque de rétention aigue d'urine, etc.) * Allongement de l'intervalle QT	* Hypersensibilité connue * Stade précoce de la grossesse * Glaucome à angle fermé * Adénome prostatique * QT long
β-bloquants	Propranolol (Avlocardyl®)	* Effet anxiolytique lié à un effet périphérique * Traitement des manifestations physiques de l'anxiété associées aux états émotionnels, de manière transitoire	* Bronchopneumopathie chronique obstructive et asthme * Insuffisance cardiaque non contrôlée * Choc cardiogénique * BAV 2 et 3 non appareillés * Angor de Prinzmetal * Maladie du sinus * Bradycardie (< 45-50 battements par minute) * Phénomène de Raynaud et troubles artériels périphériques * Phéochromocytome * Hypotension artérielle * Hypersensibilité connue * Insuffisance hépatique sévère * Prédisposition à l'hypoglycémie

Autres anxiolytiques non benzodiazépi-niques	Buspirone (Buspar®)	* Effet principal : anxiolyse * Action retardée (après une semaine de traitement) * Anxiolyse moins importante qu'avec les benzodiazépines * Pas de risque de dépendance	* Hypersensibilité connue * Association à un IMAO
	Etifoxine (Stresam®)	* Anxiolyse moins importante qu'avec les benzodiazépines	* État de choc * Insuffisance hépatique ou rénale sévère * Myasthénie * Grossesse et allaitement



Hypnotiques

1. Définition et mécanismes d'action

Les traitements hypnotiques sont des traitements psychotropes ayant la possibilité **d'induire le sommeil**.

Ces molécules sont proches des anxiolytiques qui par leurs propriétés anxiolytiques et sédatives sont parfois utilisées pour favoriser l'endormissement en réduisant les manifestations anxieuses le soir au coucher, en particulier dans les symptômes d'insomnie de troubles psychiatriques. Les antihistaminiques peuvent être utilisés pour réduire les manifestations anxieuses le soir au coucher (cf. partie « anxiolytiques », benzodiazépines et non-benzodiazépines et cf. Item 108).

Il existe deux classes d'hypnotiques :

* les hypnotiques benzodiazépiniques ;
* les hypnotiques apparentés ou médicament dit « en Z ». Les hypnotiques apparentés benzodiazépiniques ne sont agonistes que d'un sous type du récepteur aux benzodiazépines : la sous-unité alpha 1 du récepteur GABA-A. Par cette affinité sélective, l'effet inducteur du sommeil serait plus spécifique, et les effets anxiolytiques, sédatifs, anti-épileptiques, myorelaxants et amnésiants de ces molécules seraient moindres.

2. Principales molécules : noms commerciaux et DCI

Les molécules hypnotiques de type benzodiazépines (cf. tableau ci-dessous) remboursées par la Sécurité sociale dans l'indication d'insomnie aiguë transitoire sont notamment :

* le Lormétazépam – NOCTAMIDE®,
* le Loprazolam – HAVLANE®.

Les deux molécules hypnotiques de types « médicaments en Z » sont :

* le Zolpidem – STILNOX®,
* le Zopiclone – IMOVANE®.

Classe chimique	Molécules	Aspects pratiques
Benzodiazépines	Loprazolam Lormétazépam	* Diminution de la latence d'apparition du sommeil * Privilégient les stades de sommeil lent superficiel au détriment des stades de sommeil lent et profond et de sommeil paradoxal
Apparentés benzodiazépiniques ou "Médicaments en Z"	Zolpidem Zopiclone	* Diminution de la latence d'apparition du sommeil avec une action hypnotique plus spécifique * Respectent mieux l'architecture du sommeil que les benzodiazépines * Demi-vie du zolpidem ‹ zopiclone

3. Modalités de prescription

3.1. Indications

La prescription d'un hypnotique est envisageable dans **l'insomnie aiguë transitoire**, mais seulement sur une courte période (de quelques jours à 2 ou 3 semaines) et dans cette seule indication. La prescription d'un hypnotique ne doit pas être banalisée. La prescription d'hypnotique s'inscrit dans une stratégie à court terme.



Le trouble insomnie chronique n'est pas une indication (cf. Item 108).

3.2. Contre-indications

Le zolpidem et le zopiclone sont contre-indiqués :

* durant la grossesse et l'allaitement,
* chez l'enfant de moins de 15 ans,
* dans l'insuffisance respiratoire sévère,
* dans l'insuffisance hépatique,
* dans l'insuffisance rénale,
* dans la myasthénie,
* en cas d'intolérance génétique au galactose,
* et en cas d'hypersensibilité.

Il est contre-indiqué d'introduire un hypnotique chez un patient souffrant de plainte d'insomnie avec un syndrome d'apnées obstructives du sommeil non traité par PPC (cf. Item 108).

3.3. Galénique

La voie d'administration est orale.

Les associations d'hypnotiques sont à éviter.

Les associations d'un hypnotique et d'un anxiolytique le soir sont également à éviter.

3.4. Bilan préthérapeutique

Rechercher toutes les contre-indications :

* toujours rechercher des symptômes évocateurs de syndrome d'apnées obstructives du sommeil ;
* rechercher des comorbidités non-psychiatriques : respiratoire, hépatique, rénale.

Identifier les traitements pris et les interactions médicamenteuses possibles.

3.5. Règles de prescription

Les grandes règles générales de prescription suivantes doivent être respectées :

* il n'y a pas lieu dans le traitement des insomnies aiguës transitoires, d'associer deux hypnotiques ou un hypnotique et un anxiolytique ;
* il n'y a pas lieu d'initier une prescription d'hypnotique, sans respecter les **posologies recommandées.** Le traitement sera prescrit à la dose minimale efficace ;
* il convient de veiller à la **durée** de prescription (limitée à 4 semaines) ;
* l'**arrêt** doit toujours être anticipé avant le début du traitement.

3.6. Durée de traitement

La durée de prescription est limitée à 4 semaines. Cette durée est réglementaire.

La prescription n'est pas renouvelable.

4. Modalité de surveillance

4.1. Surveiller l'efficacité

Surveillance de la régression de la plainte d'insomnie. Une évaluation programmée de l'efficacité est indispensable après l'initiation d'un traitement hypnotique.

Une évaluation après l'arrêt du traitement sera également à prévoir pour s'assurer de la non chronicisation de l'insomnie.

4.2. Surveiller la tolérance

Les mêmes effets indésirables que pour les benzodiazépines existent (cf. partie « anxiolytiques »), en particulier chez le sujet âgé (sans oublier le risque de chute par baisse du niveau de vigilance).

Il faut insister cependant sur :

* le risque de dépendance particulier pour les hypnotiques ;
* le risque dépresseur respiratoire chez les patients souffrant de syndrome d'apnées obstructives du sommeil non traité par PPC.

Le Zopiclone et le Zolpidem ont des effets indésirables spécifiques :

* Zopiclone : un goût amer dans la bouche le matin ;
* Zolpidem : hallucinations hypnagogiques.

4.3. Surveiller la toxicité

4.3.1. Surdosage

Voir partie anxiolytiques, les benzodiazépines.

4.3.2. Population particulière

Chez le sujet âgé, des posologies plus faibles seront utilisées. Les règles d'hygiène du sommeil doivent être mises en place. Éviter un coucher trop tôt fera partie de ces règles d'hygiène.

5. Information/Éducation du patient

Le patient doit être informé des bénéfices attendus du traitement lorsque celui-ci est prescrit, ainsi que des effets indésirables pouvant survenir. Il s'agit des mêmes principes d'information que dans la section « Anxiolytique ». Mais pour les hypnotiques, il faudra insister sur :

* le risque de dépendance (même en l'absence de facteurs de risque de dépendance) ;
* le fait que les hypnotiques peuvent être un facteur d'entretien de l'insomnie, notamment en raison du rebond d'insomnie qu'ils peuvent induire à l'arrêt.

Le patient est donc informé qu'il s'agit d'un traitement de courte durée qu'il faudra arrêter rapidement (dans les 4 semaines) mais progressivement. Les modalités d'arrêt sont donc à anticiper avec le patient. La prescription d'hypnotique doit toujours s'associer aux conseils d'hygiène du sommeil de l'insomnie présentés dans l'encadré de l'item 108.

Si l'insomnie aiguë transitoire persiste et devient un trouble insomnie chronique, une prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale est nécessaire (cf. Item 108). Il faut informer le patient qu'aucun traitement n'a montré une efficacité dans le trouble insomnie chronique.

Dans les cas de prise en charge au long cours d'hypnotique compliquée d'un trouble addictif une prise en charge conjointe addictologique (avec entretien motivationnel et sevrage très progressif) et de médecine du sommeil (avec TCC de l'insomnie) est à envisager.



Thymorégulateurs

1. Définition et mécanismes d'action

Les thymorégulateurs sont des stabilisateurs de l'humeur dont l'action clinique principale est la diminution de la fréquence, de la durée et de l'intensité des épisodes thymiques (maniaque ou dépressif). Ils représentent une classe pharmacologique assez restreinte qui comprend :

* **les sels de lithium**,
* **les anti-épileptiques**,
* **plusieurs antipsychotiques de deuxième génération** (aripiprazole, olanzapine, risperidone, quetiapine) :
  - risperidone : épisode maniaque uniquement (risperidone),
  - aripiprazole et olanzapine : traitement curatif de l'épisode maniaque modéré à sévère et préventif des récidives maniaques, chez les patients y ayant répondu au préalable,
  - quétiapine : traitement curatif de l'épisode maniaque modéré à sévère, de l'épisode dépressif caractérisé du trouble bipolaire et préventif des récidives du trouble bipolaire, chez les patients y ayant répondu au préalable (quétiapine).

Différentes actions encore mal connues contribuent à l'effet thérapeutique, dont des modifications de l'équilibre hydroélectrique et de l'équilibre membranaire, des modifications des activités enzymatiques, des modifications du signal intracellulaire, et des modifications directes sur certains neuromédiateurs (dont les systèmes sérotoninergique, noradrénergique et GABAergique).

2. Principales molécules : noms commerciaux et DCI

* Lithium (traitement de référence) : Teralithe® 250 mg à libération immédiate ou 400 mg à libération prolongée ;
* anti-épileptique : valproate, valpromide (Depakote®, Depamide®), carbamazépine (Tegretol®), lamotrigine (Lamictal®) ;
* antipsychotique 2e génération : olanzapine (Zyprexa®), rispéridone (Risperdal®), aripiprazole (Abilify®), quetiapine (Xeroquel®). Voir section précédente sur les antipsychotiques.

2.1. Principales caractéristiques pharmacocinétiques

Traitements	Lithium	Thymorégulateurs anti-épileptiques
Absorption	* Administration per os * Le lithium est un ion, rapidement absorbé au niveau du tube digestif L'équilibre est atteint entre le 5e et le 8e jour	* Administration per os * Bonne résorption digestive * Bonne biodisponibilité
Distribution	* Le volume de distribution est peu élevé * Pas de liaison aux protéines * Passage à travers le placenta et dans le lait maternel * Fourchette thérapeutique étroite (dosage 12 heures après la dernière prise) : 0.5-0.8 mEq/L (forme à libération immédiate) 0.8-1.2 mEq/L (forme à libération prolongée)	* Diffusion cérébrale * Fixation protéique importante * Passage à travers le placenta et dans le lait maternel
Métabolisme		* Métabolisme hépatique * La carbamazépine est inducteur enzymatique
Élimination	* Demi-vie de 18 à 30 h * Excrétion rénale * Compétition entre ions lithium et sodium au niveau du tubule proximal	* Principalement rénale



3. Modalités de prescription

3.1. Indications

Troubles bipolaires, indication la plus classique :

* traitement curatif de l'épisode maniaque ou dépressif caractérisé ;
* traitement préventif de la récidive.

Classe	Molécules	Traitement curatif de l'épisode maniaque	Traitement curatif de l'épisode dépressif	Traitement préventif de la récidive	Aspects pratiques
Sels de lithiums	Sels de lithium (Teralithe®)	X	X (hors AMM mais dans recommandations internationales)	X	Thymorégulateur de référence 1re intention « Effet anti-suicide » possible
Thymorégulateurs anti-épileptiques	Carbamazépine (Tegretol®)			X	2de intention
	Valpromide (Dépamide®)	X		X	2de intention
	Valproate (Dépakote®)	X		X	1re intention si pas adolescentes, femmes en âge de procréer et femmes enceintes
	Lamotrigine (Lamictal®)		X (hors AMM mais dans recommandations internationales)	X	Prévention des épisodes dépressifs caractérisés
Antipsychotiques atypiques	Quétiapine (Xeroquel®)	X	X	X	Cf. antipsychotiques
	Aripiprazole (Abilify®)	X		X	Cf. antipsychotiques
	Olanzapine (Zyprexa®)	X		X	Cf. antipsychotiques
	Risperidone (Risperdal®)	X			Cf. antipsychotiques

N.B. : La clozapine (Leponex®) peut être employée dans le cas très spécifique de trouble schizo-affectif pour le traitement préventif des récidives.



3.2. Contre-indications

Traitement	Lithium	Carbamazépine	Valproate Valpromide	Lamotrigine
Contre-indications absolues	* Insuffisance rénale même modérée (clairance de la créatinine ‹ 85 mL/minute) * Déplétion hydro-sodée, hyponatrémie * Régime sans sel ou peu salé * Coronaropathie sévère * Association aux diurétiques * Insuffisance cardiaque instable * Allaitement	* Hypersensibilité connue * Troubles de la conduction cardiaque (bloc auriculo-ventriculaire) * Antécédent de porphyrie aiguë intermittente * Antécédent d'aplasie médullaire * Association aux IMAO	* Hypersensibilité connue * Hépatite aiguë * Hépatite chronique * Antécédent personnel ou familial d'hépatite sévère * Porphyrie hépatique	* Hypersensibilité connue * Antécédents de syndrome de Stevens-Johnson ou de syndrome de Lyell avec la lamotrigine
Contre-indications relatives	* HTA * Épilepsie * Hypothyroïdie * Grossesse avec risque de cardiopathie congénitale d'Ebstein (1er trimestre)	* Allaitement * Grossesse * Insuffisance hépatique sévère * Glaucome à angle fermé * Adénome de prostate	* Association à la lamotrigine * Allaitement * Femme en âge de procréer * Grossesse	* Antécédents d'allergie ou d'éruptions cutanées avec d'autres anti-épileptiques



3.3. Interactions médicamenteuses

Traitement	Lithium	Carbamazépine	Valproate Valpromide	Lamotrigine
Principales interactions médicamenteuses	* **Augmentation de la lithiémie : AINS Diurétiques, IEC, ARA2** Les antibiotiques 5-Nitro-imidazolés (Metronidazole, Flagyl®) et les Cyclines * Diminution de la lithémie : Corticoïdes Mannitol * Augmentation du risque de syndrome malin des neuro-leptiques et du syndrome sérotoninergique * Augmentation de la neurotoxicité en association avec la carbamazépine ou l'haldol	**Les interactions avec la carbamazépine sont très nombreuses et doivent être systématiquement vérifiées en cas de co-prescription.** À titre d'exemple on peut citer : * **Augmentation de la carbamazépinémie :** Valproate * Certain antidépresseur Macrolides (érythromycine, josamycine), Inhibiteurs calciques hors dihydropyridines, Isoniazide * **Diminution de la carbamazépinémie :** Phenobarbital, Phenytoïne, Théophylline… * **Baisse de la concentration d'autres traitements due à la carbamazépine :** Œstroprogestatif (risque de contraception orale inefficace), Valproate, Clonazépam, Halopéridol * **Hausse de la concentration d'autres traitements due à la carbamazépine :** Phenytoïne, Clomipramine…	* **Diminution des concentrations de l'anticonvulsivant :** Méfloquine Millepertuis * **Risque de syndrome de Lyell :** Lamotrigine * **Nombreuses autres interactions,** notamment avec les autres psychotropes (par exemple la carbamazépine), les autres antiépileptiques, l'alcool	* **Augmentation de la concentration de la lamotrigine :** Valproate * **Diminution de la concentration de la lamotrigine :** Phenobarbital Phenytoïne Carbamazépine * Rifampicine * Certains contra-ceptifs oraux (association éthinylestradiol/ lévonorgestrel)

3.4. Galénique

La voie d'administration orale est la seule possible pour le lithium et les anti-épileptiques. Pour le Lithium, il existe une forme à libération immédiate (250 mg) nécessitant plusieurs prises par jour, et une forme à libération prolongée (400 mg) pouvant être prise en une seule prise.

Pour les antipsychotiques, l'administration intra-musculaire est possible mais est peu utilisée dans le cadre du trouble bipolaire.

3.5. Bilan préthérapeutique

Le bilan pré-thérapeutique avant un traitement thymorégulateur est guidé par la recherche de contre-indications, de possibles interactions médicamenteuses et par la perspective du suivi de l'évolution et de l'apparition d'effets indésirables.

Traitement	Lithium	Anti-épileptiques
Bilan clinique	Examen clinique complet faisant le point sur les comorbidités et les traitements en cours pour rechercher des contre-indications et les interactions médicamenteuses possibles	
Bilan paraclinique	* NFS-plaquettes * Glycémie à jeun * Ionogramme sanguin Créatininémie, urémie, clairance de la créatinine, protéinurie, glycosurie * Calcémie * Bilan thyroïdien (TSH) * βHCG (femme en âge de procréer) * ECG	* NFS-plaquettes * Bilan hépatique, TP * βHCG chez une femme en âge de procréer

3.6. Règles de prescription

Le choix se fera en fonction :

* du terrain : existence de contre-indications, d'une grossesse, interactions médicamenteuses, etc. ;
* de la polarité de l'épisode : maniaque ou dépressif (cf. Item 62) ;
* de la forme clinique du trouble dont souffre le patient et selon la polarité prédominante des récidives.

3.6.1. Pour le Lithium

Le Lithium est le seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide et sera donc à privilégier chez un patient suicidaire ou avec antécédent de tentative de suicide.

Le dosage de la lithiémie plasmatique est indiqué :

* à l'introduction du traitement et à chaque changement de posologie ;
* tous les 6 mois lors d'un traitement au long cours sans complication ;

* en cas de survenue d'un épisode dépressif caractérisé ou maniaque ;
* en cas de risque de surdosage ou de suspicion d'intoxication.

Les modalités de dosage sont :

* prélèvement le matin, 12 heures après la dernière prise ;
* **tous les 5 jours jusqu'à l'obtention d'une lithiémie efficace, stable, en zone thérapeutique**, sur 3 dosages successifs ;
* puis tous les mois pendant 3 mois puis tous les 6 mois.

La zone thérapeutique est :

* 0,5–0,8 mEq/L pour la forme à libération immédiate (250 mg) ;
* 0,8–1,2 mEq/L pour la forme à libération prolongée (LP 400 mg).

3.6.2. Pour les anti-épileptiques :

Pour Valproate et Valpromide

* Surveillance par bilans NFS-plaquettes et hépatique réguliers pendant l'initiation puis tous les 6 mois ;
* les spécialités à base de valproate et dérivés (valproate de sodium, acide valproïque, valproate de sodium et valpromide), présentent des mises en garde relatives à l'utilisation de ces médicaments : le valproate ne doit pas être prescrit aux adolescentes, aux femmes en âge de procréer et aux femmes enceintes, sauf en cas d'inefficacité ou d'intolérance à toutes les autres alternatives médicamenteuses. En effet, les enfants exposés in utero au valproate présentent un risque élevé de troubles graves du développement (jusqu'à 30 à 40 % des cas) et/ou de malformations congénitales (environ 10 % des cas). Le traitement par le valproate doit être initié et surveillé par un médecin spécialiste de l'épilepsie ou du trouble bipolaire ;
* le rapport bénéfice/risque du traitement par le valproate devra être évalué attentivement avant la première prescription, ainsi qu'à chaque contrôle régulier du traitement, lorsqu'une jeune fille atteint la puberté et lorsqu'une femme envisage une grossesse ou qu'elle est enceinte ;
* le médecin prescripteur doit s'assurer que toutes les patientes traitées sont informées et ont bien compris :
  - les risques associés au traitement par le valproate pendant la grossesse,
  - la nécessité d'utiliser une contraception efficace,
  - la nécessité d'une réévaluation régulière du traitement,
  - la nécessité de consulter rapidement si elles envisagent une grossesse ou en cas de grossesse.

Pour Carbamazépine

* Contrôle de la NFS plaquettes, du bilan hépatique une fois par semaine le premier mois puis tous les 6 mois ;
* **dans tous les cas, chez la femme, une contraception efficace en âge de procréer est nécessaire** ;
* attention : la Carbamazépine diminue l'efficacité de la contraception orale ;
* **toutes les informations sur les traitements en cas de grossesse/allaitement sont disponibles sur le site du CRAT** : http://www.lecrat.org ;
* en cas de grossesse sous anti-épileptique, notamment au 1er trimestre, le rapport bénéfice risque est à évaluer et un suivi gynécologique à la recherche de malformation du tube neural est indispensable.



Pour la Lamotrigine

* Modalités d'instauration : augmentation très progressive des doses du fait du risque cutané (majoré par la co-prescription d'anti-épileptiques) ;

* dans la plupart des cas, les éruptions cutanées sont bénignes et transitoires. Elles apparaissent généralement dans les huit premières semaines après l'instauration du traitement et ne nécessitent pas systématiquement un arrêt de la Lamotrigine ;
* des éruptions cutanées graves peuvent survenir et mettre en jeu le pronostic vital (syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell) ;
* il est nécessaire de surveiller l'évolution des symptômes cutanés. Toute éruption cutanée nécessite une consultation aux urgences pour avis dermatologique.

Un dosage plasmatique de l'anti-épileptique (valproate, valpromide, carbamazépine, lamotrigine) peut également être effectué afin de s'assurer de la dose efficace.

3.7. Durée de traitement

Il faut informer le patient sur les effets et les objectifs thérapeutiques prophylactiques des thymorégulateurs.

La durée du traitement par thymorégulateur sera donc au long cours afin d'éviter les récidives.

4. Modalités de surveillance

4.1. Surveiller l'efficacité

Chez un patient avec un trouble bipolaire, l'efficacité sera jugée sur la présence de rechutes ou récidives.

La rémission symptomatique et fonctionnelle sont les objectifs thérapeutiques.

Le nombre d'épisodes thymiques et leur intensité peuvent être visualisés par exemple à l'aide d'un diagramme ou graphe de l'humeur.

4.2. Surveiller la tolérance

Voir tableau page suivante.

4.3. Surveiller la toxicité

4.3.1. Surdosage

4.3.1.1. Lithium

Le lithium est éliminé quasi exclusivement par le rein, de façon parallèle au sodium, avec une réduction possible par le régime hyposodé, la déshydratation, l'hypovolémie, l'insuffisance cardiaque et rénale ou l'action des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des diurétiques, IEC et ARA2.

Une intoxication peut survenir :

* par accident dans des **circonstances faisant augmenter la lithiémie** telles que : prise d'AINS, IEC, ARA2, diurétique, régime hyposodé, et toutes causes de déshydratation : syndrome infectieux pyrétique, diarrhées, vomissements, grande chaleur (faire contrôler la lithiémie lors de ces circonstances pour éventuellement ajuster la posologie) ;

Traitement	Lithium	Carbamazépine	Valproate / Valpromide	Lamotrigine
Effets indésirables	* **Neuropsychiques :** Tremblements (fréquents), signes extrapyramidaux * **Endocriniens :** Prise de poids Hypothyroïdie Goitre Hypercalcémie, hyperparathyroïdie * **Rénaux :** Syndrome polyuro-polydipsique Syndrome néphrotique (Glomérulonéphrite extra-membraneuse) Néphropathie tubulo-interstitielle * **Digestifs :** Nausée Disgueusie Diarrhée Gastralgie * **Cardiovasculaires :** Troubles de la conduction Troubles de la repo-larisation Myocardites * **Hématologiques :** Hyperleucocytose avec lymphopénie * **Dermatologiques :** Acné Psoriasis Alopécie Rash cutané Prurit	* **Neuropsychiques :** Confusion Somnolence Vertige Ataxie Céphalées * **Digestifs :** Nausée Vomissement * **Hépatiques :** Hépatite médicamenteuse * **Hématologiques :** Cytopénies diverses voire pancytopénie * **Dermatologique :** Rash cutané Syndrome de Lyell * **Neurovégétatifs :** Effets anticholin-ergiques Constipation Sécheresse buccale Trouble de l'accommodation * **Métaboliques :** Hyponatrémie Prise de poids	* **Neuropsychiques :** Confusion (voir encéphalopathie avec hyperamoniémie) Somnolence Tremblement Signes extrapyram-idaux Hypotonie * **Hépatiques :** Hépatite médicamenteuse * **Digestifs :** Nausée, vomissement, diarrhée * **Hématologiques :** Hypofibrinogénémie Cytopénies * **Dermatologiques :** Alopécie * **Métaboliques :** Hyponatrémie	* **Neuropsychiques :** Agressivité, irritabilité Céphalées Somnolence * **Hépatiques :** Hépatite médicamenteuse * **Hématologiques :** Cytopénies diverses voire pancytopénie * **Dermatologique :** éruptions cutanées bénignes et transitoires * **Très rarement :** éruptions cutanées graves (syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell) * **Neurovégétatifs :** Diplopie, vision floue * **Digestifs :** Nausées, vomissements, diarrhée, sécheresse buccale * **Rhumathologiques :** Arthalgies
Surveillance à mettre en place	* Clinique * Lithiémie Bilans rénal et thyroïdien * –> tous les 6 mois * Calcémie et ECG * –> tous les ans	Clinique Contrôles réguliers NFS, plaquettes, bilan hépatique complet (dont le TP) Dosage possible pour surveiller la dose efficace –> tous les mois pendant les 6 premiers mois –> puis tous les 6 mois		

* par **insuffisances rénales, organiques ou fonctionnelles** qui peuvent entraîner un surdosage ;
* par **intoxication médicamenteuse volontaire** (plus grave si prise chronique de Lithium que si personne non traitée par Lithium) ;

Les principaux symptômes sont :

* neurologiques : **syndrome cérébelleux** (**tremblements**, dysarthrie, perte d'équilibre), **confusion**, **somnolence**, myoclonies, **hypertonie pyramidale**, hypoventilation centrale, encéphalopathie et convulsions ;
* digestifs : **diarrhée**, **vomissements** ;
* cardiaques : troubles de conduction auriculoventriculaire ou intraventriculaire ;
* néphrologique : insuffisance rénale fonctionnelle liée à la déshydratation.

La zone thérapeutique de lithiémie est comprise entre 0,5–0,8 mEq/L pour la forme à libération immédiate (250 mg) et 0,8–1,2 mEq/L pour la forme à libération prolongée (LP 400 mg). Au-delà, il y a un risque d'intoxication aiguë, même s'il n'existe pas de corrélations entre la sévérité de l'intoxication et la lithiémie.

Le traitement comporte :

* lavage gastrique possible que chez un patient conscient (Lithium non absorbé par charbon activé) ;
* diurèse saline favorise l'élimination rénale du lithium ;
* hémodialyse si critères cliniques (coma, convulsions) et cinétiques (prolongation de la demi-vie par insuffisance rénale) ;
* traitement symptomatique avec réhydratation et correction hypovolémie, intubation et ventilation assistée si encéphalopathie ou convulsions répétées, anti-épileptique si convulsions, etc. (L'indication d'un EEG doit être assez large pour identifier un état de mal non convulsif).

4.3.1.2. Anti-épileptiques

Les symptômes de l'intoxication aiguë massive sont : coma calme, hypotonie musculaire, hyporéflexie, myosis, diminution de l'autonomie respiratoire, acidose métabolique, hypotension et collapsus/choc cardiovasculaire.

Le traitement comporte : évacuation gastrique si indiquée, maintien d'une diurèse efficace, surveillance cardiorespiratoire. Dans les cas très graves, une épuration extrarénale est indiquée.

4.3.1.3. Antipsychotiques (voir paragraphe spécifique précédent)

4.3.2. Population particulière

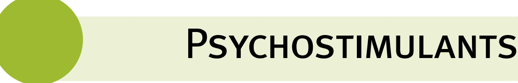
Chez le sujet âgé, une attention particulière des indications est primordiale avec évaluations des comorbidités et des autres traitements. Généralement, des posologies plus faibles seront utilisées.

5. Information/Éducation du patient

Le patient doit être informé des bénéfices attendus du thymorégulateur lorsque celui-ci est prescrit, ainsi que des effets indésirables pouvant survenir.

Il doit également être informé qu'il s'agit d'un traitement qu'il doit prendre tous les jours, et qui ne peut être arrêté brutalement car il y a un risque très élevé de rechutes et récidives.

Toute femme en âge de procréer doit être informée des effets tératogènes possibles de certains thymorégulateurs (cf. supra) et tout projet de grossesse doit être anticipé et accompagné.



Psychostimulants

1. Définition et mécanismes d'action

Les psychostimulants sont des molécules qui stimulent la vigilance. Les psychostimulants sont prescrits pour améliorer l'attention et réduire la somnolence diurne excessive.

Deux molécules psychostimulantes sont disponibles en France, elles présentent des indications différentes.

- le **méthylphénidate** est un inhibiteur de la recapture de la dopamine et dans une moindre mesure la noradrénaline ;
- le **modafinil** à un mécanisme d'action qui n'est pas connu avec certitude, mais il augmente la transmission dopaminergique.

Les psychostimulants possèdent à des degrés divers les propriétés suivantes :

- stimulation de l'attention ;
- amélioration de la vigilance/difficultés d'endormissement ;
- effet anorexigène ;
- stimulation du système cardiovasculaire.

2. Principales molécules : noms commerciaux et DCI

Le méthylphénidate existe sous deux formes :

- une forme à libération immédiate (Ritaline®) d'une durée d'action d'environ 3 h ;
- des formes à libération prolongée (Ritaline LP®, Quasym LP®, Concerta LP®, Medikinet LP®), d'une durée d'action comprise entre 6 et 10 heures.

Le modafinil est commercialisé sous le nom Modiodal®.

3. Modalités de prescription

3.1. Indications

3.1.1. Le méthylphénidate

Le méthylphénidate est indiqué dans le traitement du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'enfant de plus de 6 ans (cf. Item 66). Sa prescription chez l'adulte est possible hors AMM.

Le méthylphénidate est un traitement de deuxième ligne de la somnolence dans la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique en cas d'échec du modafinil.

3.1.2. Le modafinil

Le modafinil est le traitement de première intention de la somnolence dans la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique (cf. Item 108).

3.2. Contre-indications

Leurs contre-indications, en dehors d'une hypersensibilité au méthylphénidate/modafinil ou à tout autre constituant du produit, sont les mêmes :

* les psychostimulants ne sont pas recommandés au cours de la grossesse et de l'allaitement ;
* valvulopathies ;
* insuffisance cardiaque ;
* troubles du rythme cardiaque non contrôlés ;
* hypertension artérielle modérée à sévère non contrôlée.

3.3. Galénique

Le méthylphénidate et le modafinil sont administrés par voie orale.

3.4. Bilan pré-thérapeutique

Le bilan pré-thérapeutique a pour but principal de dépister une pathologie cardiovasculaire. L'entretien clinique doit rechercher des antécédents personnels ou familiaux de pathologies cardiovasculaires. Si c'est le cas, un avis spécialisé auprès d'un cardiologue est nécessaire avant d'envisager la mise en route du traitement (ECG, échographie cardiaque trans-thoracique).

3.5. Règles de prescription

3.5.1. Le méthylphénidate

Toutes les prescriptions (**prescription initiale hospitalière** et les **prescriptions de renouvellement**) sont réalisées sur des **ordonnances sécurisées**. La **posologie** et la **durée** doivent être inscrites **en toutes lettres**. La **durée maximale de chaque ordonnance est de 28 jours**. Les **coordonnées de la pharmacie** doivent être inscrites sur l'ordonnance.

Une ordonnance par un **médecin exerçant en milieu hospitalier** doit être réalisée :

* **lors de la première prescription** ;
* **à chaque modification de doses** ;
* **au moins une fois par an**.

Le **renouvellement tous les 28 jours de l'ordonnance sécurisée** peut être réalisé par le médecin traitant (n'exerçant pas nécessairement en milieu hospitalier).

3.5.2. Le modafinil

Toutes les prescriptions (**prescriptions hospitalières** et les **prescriptions de renouvellement**) sont réalisées sur des **ordonnances de médicament d'exception** (ordonnances bleues).

La **durée maximale de chaque ordonnance est de 6 mois**.

Une ordonnance par un **médecin exerçant en services spécialisés en neurologie ou en centres du sommeil** doit être réalisée :

* **lors de la première prescription**,
* **à chaque modification de doses**,
* **au moins une fois par an**.

Le médecin traitant peut donc renouveler l'ordonnance une fois.

La délivrance du traitement par la pharmacie d'officine est pour une durée de 1 mois.

3.6. Durée de traitement

Le méthylphénidate et le modafinil sont des traitements à visée symptomatique.

3.6.1. Le méthylphénidate

Le traitement par méthylphénidate peut être poursuivi tant que le retentissement du TDAH le justifie. Généralement, le traitement est maintenu le temps de la scolarité ou des études. Chez l'enfant, le méthylphénidate peut être arrêté durant les vacances scolaires et les week-ends.

3.6.2. Le modafinil

La narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique étant des maladies chroniques, le modafinil est en général prescrit au long cours.

4. Modalités de surveillance

4.1. Surveiller l'efficacité

4.1.1. Le méthylphénidate

Diminution des symptômes du TDAH et son retentissement sur le plan scolaire et comportemental.

Le traitement est efficace chez 80 % des patients avec TDAH.

Une surveillance de l'efficacité du traitement est réalisée à partir de l'examen clinique ainsi que de questionnaires transmis aux parents et à l'entourage du patient (enseignants, éducateurs, etc.).

4.1.2. Le modafinil

Diminution des symptômes de somnolence diurne excessive (amélioration de l'éveil) et une diminution des accès de sommeil diurne.

Une surveillance de l'efficacité du traitement est réalisée à partir de l'examen clinique ainsi que de questionnaires (ex. : échelle d'Epworth).

4.2. Surveiller la tolérance

4.2.1. Le méthylphénidate

Les effets indésirables sont **fréquents** mais d'intensité légère. Ces effets indésirables justifient la surveillance régulière (mensuelle) du poids, de la taille, de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle des patients :

* **diminution de l'appétit**. Principalement **à midi** (notamment avec les formes à libération prolongée). En cas de stagnation de la croissance pondérale chez l'enfant, **il faut être vigilant au retentissement sur la croissance staturo-pondérale** ;
* **difficultés d'endormissement. Il est important de distinguer les difficultés d'endormissement préalables à l'instauration du traitement qui sont fréquentes chez les enfants souffrant de TDAH. Le méthylphénidate doit être administré à distance du coucher** ;
* **douleurs abdominales, nausées ou céphalées**. Principalement à l'initiation du traitement et lors des augmentations de posologie ;
* le traitement augmente modérément la fréquence cardiaque et la tension artérielle des patients. Rarement, des épisodes de **palpitations** sont rapportés. Une surveillance régulière (mensuelle) de ces paramètres cardiovasculaire est recommandée.

4.2.2. Le modiodal

Le modiodal est généralement bien toléré. Des effets indésirables proches du méthylphénidate sont observés (plaintes d'insomnie, douleurs abdominales, nausées ou céphalées) et peuvent être plus marqués à l'initiation du traitement et lors des augmentations de posologie. Le traitement augmente rarement la fréquence cardiaque et la tension artérielle des patients. Une surveillance de ces paramètres cardiovasculaire est recommandée.

Des cas rares de réactions cutanées graves (syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, éruption médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémique : syndrome DRESS) sont possibles. Le traitement doit être arrêté immédiatement en cas de réaction cutanée.

4.3. Surveiller la toxicité

En cas d'intoxication aiguë et de surdosage, le pronostic vital peut être menacé.

Les signes de surdosage se manifestent principalement par des signes neurologiques (confusion), psychiatriques (agitation psychomotrice, anxiété), digestifs (nausée, diarrhée), cardiovasculaires (tachycardie, hypertension artérielle, douleur thoracique). Des signes d'activation sympathique sont particulièrement présents avec le méthylphénidate.

5. Information/Éducation du patient

Le patient doit être informé des bénéfices attendus du psychostimulant lorsque celui-ci est prescrit, ainsi que des effets indésirables pouvant survenir. Chez les sportifs, prévenir qu'il s'agit de produits dopants.

Dans le cadre du modiodal il faut impérativement informer :

* **les patientes** de l'effet inducteur enzymatique (cytochrome P450) qui entraîne une augmentation du métabolisme des contraceptifs oraux. Dans ces conditions, une contraception efficace repose sur un produit contenant au moins 50 µg d'éthinylestradiol ou sur une contraception mécanique ;
* **tous les patients de la loi** (arrêté du 18 décembre 2015) obligeant la déclaration de leurs maladies afin de bénéficier d'un contrôle d'aptitude médicale à la conduite. Les conducteurs dotés de permis de type poids lourd devront passer un test de maintien de l'éveil (TME) pour confirmer l'efficacité thérapeutique du modiodal (cf. Item 108).



Résumé

Les psychotropes sont très largement prescrits et ont été à l'origine d'une véritable révolution dans le traitement et la compréhension des troubles psychiatriques. Les grandes familles de psychotropes sont les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les thymorégulateurs et les psychostimulants. Pour chaque famille, les principales molécules avec les principaux mécanismes d'action, les règles de prescription et les modalités de surveillance sont à connaître.



Références pour approfondir





Dictionnaire Vidal.

Reseau PIC : http://www.reseau-pic.info/

Site du CRAT : http://www.lecrat.org

The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur, Wiley-Blackwell édition.

117

item 117

Le handicap psychique

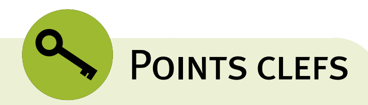
Objectifs pédagogiques

* Évaluer le handicap psychique de l'adulte. Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.
* Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de remédiation cognitive.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/117





* Le handicap se définit comme toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne.
* Il faut différencier handicap psychique et handicap mental.
* Le modèle OMS du handicap distingue trois niveaux : déficience, limitation d'activité, restriction de participation.
* Des facteurs personnels et environnementaux peuvent influer sur ces trois niveaux.
* Ce modèle s'applique à la psychiatrie comme au reste de la médecine.
* La prise en charge des déficiences et limitations d'activité en psychiatrie repose sur l'éducation thérapeutique, les psychothérapies visant à limiter le handicap (telles le développement des habiletés sociales, les thérapies cognitives et comportementales) et la remédiation cognitive.
* La remédiation cognitive correspond aux techniques de rééducation ayant pour objectif de diminuer les altérations cognitives.
* La prise en charge des restrictions de participation repose sur le principe de soutien de la citoyenneté, de mesure facilitant l'accès au droit commun, d'aides au logement et à l'insertion professionnelle et sociale et d'aides financières.
* La prise en charge des déficiences, limitations d'activités et restriction de participation participent à la réhabilitation psychosociale.

1. Introduction

1.1. Définition OMS du handicap

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Loi nº 2005-102 du 11/02/05, article 14.

Cette définition correspond au modèle de la classification internationale du fonctionnement (CIF) proposée en 2001 par l'OMS. La notion de handicap tient compte de la situation sociale du sujet et de la perception qu'il en a. Le handicap n'est pas un état, mais est fonction d'un contexte donné, ce qui revient à parler plutôt de « situation de handicap » d'origine physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique.

Le handicap psychique

Dans la loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances le législateur a précisé dans la définition du handicap que les altérations des fonctions psychiques sont bien des sources de handicap. C'est cette précision qui fait souvent dire que la loi de 2005 a « reconnu » le handicap psychique.

Le handicap psychique fait partie des premières causes de handicap selon l'OMS. On estime à 700 000 le nombre de personnes présentant un handicap psychique en France. Il s'agit de la première cause de mise en invalidité par la Sécurité sociale.

1.2. Différence entre handicap mental et handicap psychique

Il est important de différencier les deux notions fondamentalement différentes de **handicap mental** et de **handicap psychique** (cf. tableau 1).

Le handicap mental, ou « situation de handicap d'origine mentale » est relié à un déficit cognitif global entraînant une efficience intellectuelle diminuée (souvent stable).

Le handicap psychique ou « situation de handicap d'origine psychique » est relié à un ensemble de déficiences au premier rang desquelles des déficits cognitifs spécifiques (touchant la neurocognition et la cognition sociale – voir plus bas) et des biais cognitifs (altérant l'interprétation des situations) perturbant l'organisation des activités et des relations sociales. Le handicap psychique est donc secondaire à un trouble psychiatrique.

	Situation de handicap d'origine mentale	**Situation de handicap d'origine psychique**
Apparition	Dès la naissance	À l'adolescence ou l'âge adulte
Évolution	Stable, déficience durable	Évolutive
Retentissement	Soins médicaux habituellement peu fréquents, certains étant de nature à réduire le handicap	Soins médicaux indispensables, d'intensité variable tout au long de la vie, permettant de stabiliser le trouble mental et de réduire le handicap

Tableau 1. Comparaison des principales caractéristiques des situations de handicap d'origine mentale et psychique.

1.3. Le modèle OMS du handicap

Le modèle du handicap de l'OMS distingue trois niveaux :

* déficience ;
* limitation d'activité ;
* restriction de participation.

Il postule que chaque niveau de complexité inférieur a des répercussions sur le niveau supérieur et inversement. D'autre part, ce modèle systémique considère que la situation de handicap résulte de l'interaction entre des problèmes de santé, et deux séries de facteurs : les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Ces facteurs peuvent constituer des obstacles ou des facilitateurs de la participation à la vie sociale.

Les facteurs personnels comprennent tous les éléments constitutifs d'un individu avec en particulier les conceptions issues de la psychologie de la santé : le stress perçu, le soutien social perçu, le contrôle perçu et les stratégies d'adaptation.

Les facteurs environnementaux désignent tous les éléments du contexte de vie de l'individu, et notamment la présence d'aidants, professionnels et/ou naturels, l'adaptation du milieu de vie aux difficultés et l'accessibilité de l'environnement, mais également le traitement pharmacologique et les aides financières.

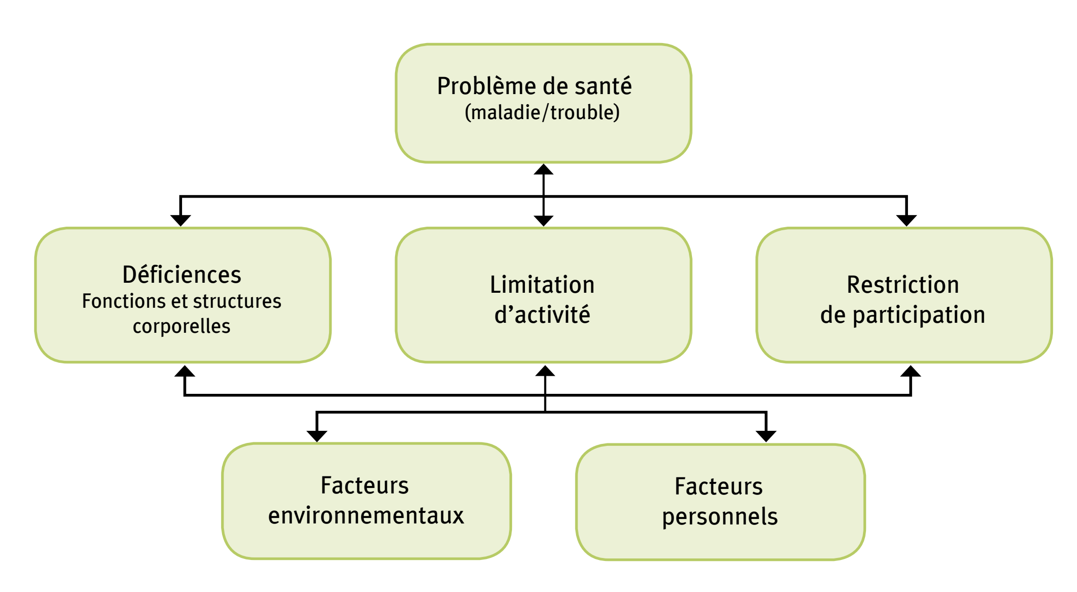


Figure 1. **Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, OMS, 2001).**

Les trois niveaux peuvent chacun constituer la cible d'une évaluation et d'une éventuelle prise en charge.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) fournit un Guide d'EVAluation des besoins de compensation de la personne handicapée : le GEVA. Le GEVA est constitué de sept dimensions ou volets prenant en compte des facteurs médicaux, psychologiques et contextuels. Il s'agit donc d'un guide multidimensionnel, non spécifique au handicap psychique, qui permet une approche adaptée à la situation de chaque personne handicapée, et la mise en place d'un plan personnalisé de compensation du handicap avec l'ouverture de droits auprès de la MDPH. (cf. Item 115).

1.3.1. La déficience : définition et évaluation

Les déficiences psychiatriques correspondent au dysfonctionnement supposé des structures anatomiques, elles incluent notamment les altérations cognitives, les atteintes de la motivation, etc.

Certaines de ces déficiences peuvent être évaluées cliniquement. D'autres peuvent faire l'objet d'évaluations spécifiques : c'est le cas du bilan neuro psychologique qui permet d'évaluer la présence de certaines altérations cognitives spécifiques.

Pour comprendre, prenons l'exemple d'une fracture du poignet, limitant la mobilité de celui-ci. En psychiatrie, il peut s'agir, par exemple, d'un épisode psychotique avec modification du fonctionnement cérébral dans le lobe frontal entraînant une altération des fonctions exécutives. Cette dernière peut se manifester par une altération de la planification.

1.3.2. Les limitations d'activité : définition et évaluation

Une activité signifie l'exécution d'une tâche par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer du fait de ses déficiences pour accomplir des activités considérées comme normales. Il s'agit là de ce que la personne est capable ou non de faire.

Ci-dessous est présenté un ensemble d'exemples de limitations d'activité.

Difficulté à entreprendre ou faire des projets
Difficulté à prendre soin de soi
Difficulté à entretenir son espace personnel
Difficulté à entrer en relation avec autrui
Difficulté à réprimer son hostilité dans certaines situations
Difficulté à percevoir ses difficultés
Etc.

Tableau 2. Exemples de limitations d'activité.

Concernant la déficience suite à une fracture du poignet, il s'agirait par exemple de l'impossibilité d'ouvrir un pot de confiture. Concernant l'altération de la planification, il s'agirait, par exemple, d'une impossibilité de faire deux choses en même temps (ce qui est habituel dans la vie quotidienne) et de s'organiser pour des situations aussi simples que faire des courses ou penser à acheter un pot de confiture quand il n'y en a plus.

La limitation d'activité dépend directement de la déficience.

L'évaluation de ce niveau du handicap s'effectue de manière essentiellement clinique (par exemple, à l'aide d'une ergothérapeute) et peut être guidée par des échelles psychométriques adaptées.

1.3.3. Restriction de participation : définition et évaluation

La participation signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle. Les restrictions de la participation désignent les désavantages sociaux d'une personne en situation de handicap. Elles correspondent au fait que cette personne ne parvient pas à avoir les activités et à occuper les rôles sociaux qu'on attendrait d'une personne du même âge. La restriction de participation dépend à la fois de la personne et de son environnement, y compris sociétal. Elle implique une personne dans une situation de la vie réelle et ne peut donc s'évaluer que de manière écologique, avec le sujet dans sa vie quotidienne.

Impossibilité de trouver ou de garder un emploi
Difficultés à accéder à certains soins somatiques ou psychiques
Difficultés à maintenir des liens familiaux (vivre en couple, avoir des enfants)
Difficulté à avoir des liens sociaux et à vivre une vie citoyenne normale
Difficulté d'accès au logement

Tableau 3. Exemples de restrictions de participation

2. Prise en charge du handicap

2.1. Principes généraux de la prise en charge du handicap psychique

Les soins de réhabilitation psychosociale sont les différentes techniques permettant à la personne de développer des compétences pour faire face, dans une plus ou moins grande mesure, aux déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation dont elle souffre.

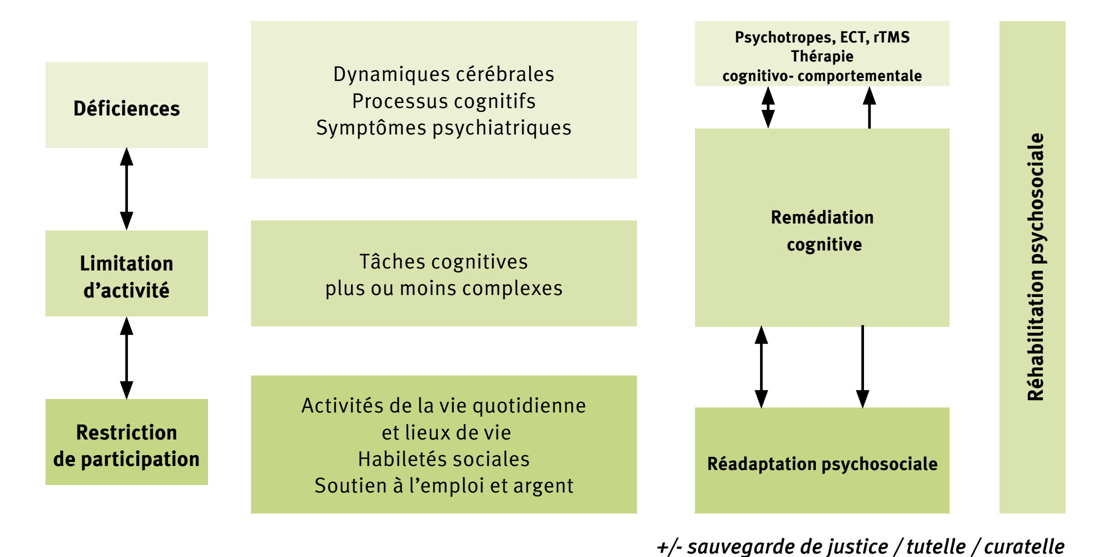


Figure 2. Schéma synthétisant les différents axes de la prise en charge du handicap psychique selon le modèle OMS.

2.2. Prise en charge des déficiences et limitations d'activité

Tous les troubles mentaux sévères et persistants sont susceptibles de conduire à une situation de handicap. Cependant, le trouble le plus pourvoyeur est le trouble schizophrénique que nous prendrons ici comme exemple.

La prise en charge des déficiences et des limitations d'activité concernent les outils thérapeutiques suivant :

* **l'éducation thérapeutique** de la personne et de sa famille ;
* certaines **psychothérapies** visant à réduire le handicap : entraînement aux habiletés sociales et autres techniques de thérapies cognitives et comportementales ;
* la **remédiation cognitive**.

Toutes ces techniques ont aujourd'hui fait la preuve de leur efficience.

Ce sont les plus anciennes, les interventions **d'éducation thérapeutique**, en particulier auprès des familles, qui ont le niveau de preuve le plus élevé. L'éducation thérapeutique vise à transmettre à la personne malade et à son entourage les connaissances actuelles sur la maladie et le traitement de personnes atteintes de schizophrénie, et à leur apprendre à gérer aux mieux les difficultés liées à la maladie. Ces interventions psychopédagogiques sont administrées de manière individuelle, familiale ou en groupes à l'aide de matériels didactiques tels que des brochures, des dépliants,

des diapositives de présentation, affiches, films, etc. La maladie est abordée dans une perspective multidimensionnelle, comprenant des aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Il a été montré que l'éducation thérapeutique réduisait le taux de rechute, de réadmission à l'hôpital et la durée du séjour, et permettait d'améliorer l'observance médicamenteuse, et ce d'autant plus qu'elle intervient précocement dans l'évolution de la pathologie.

Ces soins spécifiques ne sont efficaces que lorsqu'ils sont inclus dans une prise en charge globale de la personne à la fois sur le plan médical (en particulier avec un traitement psychotrope parfaitement adapté et dont les effets secondaires sont contrôlés), que sur le plan social.

À titre d'exemple, nous développons ici la remédiation cognitive.

La **remédiation cognitive** s'apparente aux techniques de rééducation et a pour objectif de diminuer le handicap fonctionnel lié à la présence d'altérations cognitives des patients souffrant de troubles psychiatriques, en particulier schizophrénique :

* soit par un entraînement des processus altérés ;
* soit par un renforcement des processus préservés destinés à compenser les altérations.

Les altérations cognitives se manifestent par des altérations non spécifiques aux troubles psychiatriques (pouvant se retrouver dans les maladies neurologiques par exemple) ou par des altérations spécifiques aux troubles psychiatriques.

Concernant les altérations non spécifiques, elles peuvent toucher comme dans les maladies neurologiques :

* l'attention et vitesse de traitement de l'information ;
* la mémoire ;
* les fonctions exécutives ;
* les fonctions visuo-spatiales.

Les altérations cognitives spécifiques peuvent toucher, particulièrement dans la schizophrénie :

* la métacognition (c'est-à-dire la connaissance et conscience de son propre fonctionnement cognitif) ;
* la cognition sociale (c'est-à-dire les processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales).

La remédiation de ces altérations nécessite préalablement une évaluation complète individuelle : bilan neuropsychologique et de cognition sociale afin de connaître les altérations les plus importantes mais également une évaluation de leurs conséquences fonctionnelles dans la vie quotidienne.

Différents programmes sont validés et disponibles en français.

L'objectif de la remédiation n'est pas simplement de cibler les altérations les plus sévères afin d'augmenter les performances cognitives mais aussi et surtout de réduire les répercussions de ces altérations. Ce dernier point nécessite que le patient se soit approprié des notions sur son fonctionnement cognitif, ce que permet l'éducation thérapeutique préalable et complémentaire de la remédiation cognitive.

Il a également été montré que ces soins de remédiation n'ont que peu d'efficacité s'ils ne sont pas associés à des actions de réhabilitation visant à ce que la personne bénéficie d'un environnement stimulant et dans lequel elle peut exercer les compétences travaillées en remédiation. Une situation exemplaire est celle du retour à l'emploi facilité par ces soins auxquels il donne également tout leur sens.

2.3. Prise en charge des restrictions de participation : la réadaptation psychosociale

(cf. Item 115)

L'accès à une vie sociale et citoyenne pour les personnes en situation de handicap est l'une des ambitions de la loi de 2005. Pour ce faire elle propose une série de mesures visant à faciliter l'accès au droit commun pour les personnes handicapées (mesures d'accessibilité pour favoriser l'accès aux études, à l'emploi, aux transports, etc.). Dans les cas où cet accès reste réduit, une série de mesures vise à compenser la situation de handicap dans le domaine de l'inclusion sociale, de l'accès à l'emploi et à un logement adapté.

La loi de 2005 a créé les maisons départementales du handicap (MDPH) dont les missions sont l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Au sein des MDPH, des équipes pluridisciplinaires sont en charge de réunir toutes les informations utiles pour évaluer les situations des personnes en utilisant le GEVA. Ces évaluations sont transmises à CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) qui prend des décisions concernant trois domaines :

* le logement ;
* le travail ou aides financières ;
* la vie sociale.

2.3.1. Logement

La très grande majorité des personnes en situation de handicap psychique sont hébergées dans leur famille faute de solution alternative en nombre suffisant.

Dans le handicap psychique et pour répondre à la diversité des besoins et à leur évolution tout au long de la vie, il est souhaitable de développer une palette très diversifiée.

Le logement peut être ordinaire, adapté (maisons relais, résidences accueil) ou en appartement communautaire ou associatif. Ces types de logement peuvent s'associer à un accompagnement à la vie sociale permettant de favoriser le maintien dans le logement et l'autonomie dans la vie quotidienne sous la forme :

* d'un SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) ;
* ou d'un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Ce dernier en plus de l'accompagnement dans la vie quotidienne pour les activités sociales et professionnelles, permet l'accompagnement du patient dans son suivi médical et paramédical.

Des infirmiers à domicile peuvent compléter le suivi médical ambulatoire. Des aides ménagères peuvent s'ajouter également. Par ailleurs, les soins médicaux ambulatoires permettent d'assurer des visites à domicile afin de favoriser un travail de réhabilitation psychosociale en condition écologique.

Dans les cas où une vie autonome à l'extérieur est impossible, la personne peut être orientée dans des établissements d'hébergement collectif :

* foyer de vie (ces foyers s'adressent principalement aux personnes qui ne peuvent pas exercer une activité professionnelle, y compris en structure spécialisée) ;
* foyer d'accueil médicalisé ou FAM (pour les personnes nécessitant un accompagnement médical et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie dans les actes de la vie courante) ;
* maison d'accueil spécialisée ou MAS (l'état de santé de la personne handicapée doit nécessiter le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante et une surveillance médicale ainsi que des soins constants).

Ces institutions organisent l'ensemble de la vie quotidienne et des activités du patient avec notamment des éducateurs spécialisés et des ergothérapeutes. Il faut par ailleurs souligner qu'il peut s'agir d'un lieu de vie transitoire, à un moment donné de la vie du patient. En effet, les mesures de réhabilitation, en particulier les mesures sanitaires, dont la remédiation cognitive, peuvent contribuer à modifier la trajectoire de vie des usagers en leur permettant d'exprimer de manière plus efficace leurs potentialités, leur permettant alors de vivre à l'extérieur de manière indépendante.

2.3.2. Travail et aides financières

Le travail peut, selon le handicap, se dérouler en milieu ordinaire avec recherche d'un emploi standard, et si le patient bénéficie de la RQTH (Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé) par la MDPH, être associé à un aménagement de poste. La RQTH en cas de travail en milieu ordinaire impossible permet le travail en milieu protégé :

* soit en entreprise adaptée ;
* soit en ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) qui peut s'associer temporairement d'un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés.

Si le travail n'est pas possible le patient peut bénéficier :

* soit d'une pension d'invalidité (versée par la Sécurité sociale) s'il a déjà travaillé ;
* soit d'une allocation pour adulte handicapé (AAH), accordée par la MDPH.

2.3.3. Vie sociale

Les activités sociales peuvent être favorisées sous la forme d'ateliers d'ergothérapie animés par un professionnel (généralement en hôpitaux de jour du suivi ambulatoire) ou sous la forme de la création d'ateliers animés par les patients notamment dans le cadre de GEM (Groupe d'entraide mutuelle) et d'associations (club loisirs, etc.).

Les GEM sont destinés à lutter contre l'isolement de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ils constituent des entités juridiques indépendantes organisées en association loi 1901 composée d'adultes présentant des troubles psychiques ou des troubles cognitifs secondaires à des lésions cérébrales.

La loi sur le handicap de 2005 instaure la possibilité d'un financement par l'ARS, et a permis le développement de ce type de structure, dont l'innovation tient à ce que pour la première fois les personnes présentant un handicap psychique sont invitées par les pouvoirs publics à se responsabiliser en prenant une part active à la définition et à l'organisation du projet du GEM dans lequel ils souhaitent s'impliquer.

2.4. Prise en charge judiciaire

Enfin, en cas de handicap nécessitant d'être conseillé ou contrôlé d'une manière continue dans les actes de la vie civile (et parfois civique), des démarches judiciaires (tribunal de grande instance) spécifiques doivent être initiées par le médecin afin de mettre en place des mesures de protection des biens des majeurs (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle) (cf. Item 8).



Résumé

Selon l'OMS, constitue un handicap toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne. Il est important de distinguer le handicap mental, relié à un déficit cognitif global entraînant une efficience intellectuelle diminuée (souvent stable) et le handicap psychique relié à un déficit cognitif spécifique ou des biais cognitifs (évoluant par poussées) perturbant l'organisation des activités et des relations sociales. Le modèle du handicap de l'OMS distingue trois niveaux : les déficiences (dysfonctionnement des structures anatomiques, incluant notamment les altérations cognitives), limitation d'activité (difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité, ce que la personne est capable ou non de faire) et restriction de participation (problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de la vie réelle). Ce modèle s'applique aux pathologies psychiatriques, comme au reste de la médecine. La prise en charge du handicap psychique repose d'une part sur une prise en charge des déficiences et limitations d'activité, avec un ensemble de soins spécifiques : éducation thérapeutique, thérapies cognitives et comportementales (dont l'entraînement des habilités sociales) et remédiation cognitive (technique de rééducation ayant pour objectif de diminuer le retentissement des altérations cognitives des patients), et d'autre part sur des actions visant à soutenir l'accès à la citoyenneté et à compenser les restrictions de participation (accès à des logements adaptés, soutien à l'emploi, aides financières, soutien à la vie quotidienne et sociale).



Références pour approfondir



Franck N., « Remédiation cognitive dans la schizophrénie », *Encyclopédie Médico Chirurgicale* 2014, 37-820-A-55.

Union nationale des amis et familles de malades psychiques : http://www.unafam.org/

135

item 135

Douleur en santé mentale

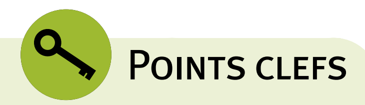


* Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses chez le patient psychiatrique et la personne atteinte de troubles envahissants du développement.
* Connaître les bases en psychopathologie de la douleur aiguë et chronique, et les dimensions psychologiques en lien avec la plainte douloureuse.

Cas cliniques Sides

http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/135





* La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Elle a aussi des composantes cognitives (attention portée, mémoire), et comportementales, qu'il faut prendre en charge dans une approche multidimensionnelle.
* Le ressenti et l'expression de la douleur dépendent de facteurs : biologiques, psychologiques, et culturels, qui en font une expérience strictement personnelle.
* La prévention et le traitement de la douleur des patients hospitalisés sont une obligation réglementaire ; c'est aussi vrai en psychiatrie.
* Chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique, le repérage de la douleur, signe d'alarme d'une pathologie médicale non-psychiatrique, doit être systématique : on s'adresse à des personnes souvent vulnérables et désocialisées ; la douleur s'exprime (plus qu'elle n'est ressentie) de façon inhabituelle du fait des altérations de communication des patients ; il existe une sur-morbidité et une surmortalité non-psychiatrique.
* Il n'existe pas d'outil d'évaluation spécifique aux patients souffrant d'un trouble psychiatrique, et les outils classiques d'auto-évaluation sont utilisés ; les outils d'hétéro-évaluations sont nécessaires pour les patients ayant des troubles importants de la communication.
* Il faut savoir prévenir les douleurs lors des soins et être attentif aux soins dentaires souvent déficitaires.
* Les patients douloureux chroniques présentent fréquemment des troubles anxieux ou dépressifs et il faut savoir reconnaître cette co-morbidité et la prendre en charge.
* Les traitements antalgiques sont non médicamenteux et médicamenteux ; il faut savoir utiliser l'effet placebo, qui s'accompagne de la libération d'opioïdes endogènes.
* Il faut être attentif aux risques d'interactions médicamenteuses, par exemple entre les AINS et le lithium ou du tramadol du fait de son action sérotoninergique.
* Il faut penser à dépister le risque addictif des traitements antalgiques et repérer un comportement addictif chez le patient douloureux chronique.

1. Introduction

Les liens entre santé mentale et douleur sont réciproques : la douleur associe un versant psychique ; des pathologies psychiatriques ont la douleur comme symptôme ou modifient la façon dont la douleur est ressentie ou exprimée.

Depuis 1998, 3 plans de santé ministériels ont concerné la douleur, le dernier mettant l'accent sur les personnes vulnérables. Chez les patients souffrant de troubles psychiatriques aussi, la douleur doit être : **reconnue, évaluée, soignée**.

2. Définitions

La douleur est une expérience désagréable. Elle se manifeste par des composantes :

* **sensorielles** (nociception et discrimination sensorielle),
* **émotionnelles** (anxiété, dépression),
* **cognitives** (attention portée, mémoire),
* **comportementales** (réaction, adaptation).

On distingue :

* la **douleur aiguë** : « signal d'alarme », elle s'accompagne de manifestations anxieuses (tachycardie, sueurs, inquiétude) qui accroissent la sensation douloureuse ;
* la **douleur chronique** (> 3 mois) : modérée, elle touche 20 à 50 % de la population. Elle s'accompagne fréquemment de symptômes dépressifs (lassitude, perte d'espoir et des intérêts, tristesse, repli) et anxieux.

3. Bases neurophysiologiques et psychologiques de la douleur

La sensation et l'expression douloureuse dépendent de facteurs neurobiologiques, psychologiques et culturels (modèle bio-psycho-social).

3.1. Les douleurs par excès de nociception

Elles résultent de la stimulation par une **lésion** ou une inflammation, des **terminaisons neuronales libres amyéliniques** situées dans les tissus (peau, muscles, articulations, viscères). Le 1er neurone (fibres A-delta et fibres C) transmet l'information nociceptive jusqu'aux cornes postérieures de la moelle. L'information douloureuse est ensuite transmise par une « chaîne neuronale », via le tronc cérébral et le thalamus, vers le cortex somato-sensoriel et les structures corticales impliquées dans le traitement des informations émotionnelles, comme l'amygdale, et cognitives comme le cortex cingulaire, l'insula, le cortex pré-frontal ou l'hippocampe.

3.2. Les douleurs neuropathiques (ou neurogènes)

Elles résultent de la **lésion** de **fibres nerveuses** par exemple due au diabète, au zona ou à une amputation. Elles peuvent persister longtemps après la disparition de la cause initiale.

3.3. Les douleurs dysfonctionnelles

Elles résultent d'**anomalies de la régulation du message douloureux** à différents étages :

* au niveau médullaire, la stimulation des fibres A-alpha (non nociceptives) peut atténuer l'intensité des flux douloureux véhiculés par les fibres A-delta ou C ; c'est la théorie du portillon (ou « gate control ») ;
* les contrôles inhibiteurs descendants viennent du tronc cérébral ; ils mettent en jeu des systèmes de neurotransmission sérotoninergique, noradrénergique et opïoides ;
* les systèmes de régulation corticaux sont impliqués dans la régulation du message douloureux. La transmission du message douloureux est modifiée par des facteurs cognitifs et émotionnels. Par exemple, les soldats au combat peuvent ne ressentir que peu ou pas la douleur ; celle-ci n'apparaîtra qu'après qu'ils soient de retour en sécurité. Attendre la douleur en augmente le ressenti, et imputer à un traitement un effet analgésique procure cet effet analgésique ; cet effet analgésique est associé à l'activation du cortex cingulaire, du cortex préfrontal et de la région péri-aqueducale du tronc. Les techniques de relaxation et l'hypnose diminuent la perception de la douleur.

3.4. Les douleurs psychogènes

On parle de douleur psychogène lorsque la douleur est **signe d'un trouble psychiatrique** ; elle touche souvent des zones ayant une charge symbolique.

Il existe toujours une part psychologique à la douleur. On a parlé de douleur *sine materia*, de dépression masquée, de personnalité prédisposée quand cette part était majoritaire.

On insiste plus aujourd'hui sur des facteurs psychologiques qui contribuent à la douleur :

* anxiété,
* conditionnement (évitement, confrontation),
* troubles psychosomatiques,
* représentation et attentes inappropriées (cf. Item 01),
* capacités d'ajustement (cf. Item 01).

La part psychologique est souvent déniée par le sujet qui craint (parfois à juste titre) de ne pas être pris en considération. Face à la douleur, le sujet va pourtant rechercher des ressources soit internes (le sujet conçoit avoir un certain contrôle sur la douleur) permettant qu'il soit acteur de ses soins, soit externes (recherche d'aide auprès des proches, des soignants, des médicaments) permettant une acceptation des soins et une observance thérapeutique (cf. Item 01).

Les expériences personnelles, la culture, le contexte social, la personnalité vont aussi influencer la perception et l'expression de la douleur.

4. Douleur et troubles psychiatriques

4.1. Épisode dépressif caractérisé

La relation étroite entre douleur (en particulier chronique) et épisode dépressif caractérisé s'explique par l'existence de structures cérébrales et de systèmes de neurotransmission communs. Il existe aussi des explications psychopathologiques partagées.

Un épisode dépressif caractérisé est **deux fois plus fréquent chez les patients douloureux chroniques** (10 à 20 %) que dans la population générale (5,5 %). Les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides sont également plus fréquents. Le risque dépend de la localisation (céphalées, abdomen), de l'intensité et de la cause de la douleur.

Les plaintes douloureuses sont retrouvées chez 75 % des patients en ambulatoire souffrant d'un épisode dépressif caractérisé, et chez 90 % des patients hospitalisés pour le même motif. La présence de symptômes douloureux dans un épisode dépressif caractérisé est favorisée par : **le faible niveau socio-économique, le sexe féminin, l'âge avancé.** Les études ont, elles, plutôt montré un seuil de douleur augmenté. La douleur morale du patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé est signe de souffrance psychologique : son expression ressemble souvent à celle de la douleur physique.

4.2. Troubles bipolaires

La probabilité de survenue de **céphalées**, de **dorsalgies ou arthralgies** est **multipliée par deux** chez les patients présentant un trouble bipolaire (50 % des patients). Selon certains, la présence de migraines chez un patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé doit faire évoquer la bipolarité.

La plainte douloureuse est la plainte non-psychiatrique la plus fréquente chez le patient avec un épisode maniaque.

Les sujets souffrant de fibromyalgie auraient plus de risques de présenter un trouble bipolaire que des patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde.

4.3. Troubles anxieux

La douleur, aiguë ou chronique, s'accompagne d'une anxiété qui va retentir sur l'évolution de la douleur : un niveau élevé d'anxiété diminue le seuil de perception (la douleur est ressentie pour une stimulation nociceptive plus faible) et diminue la tolérance à la douleur. Comme stratégie d'ajustement (cf. Item 01), l'anxiété peut réduire la capacité de contrôle de la douleur, renforcer un comportement inadapté et favoriser la chronicisation, soulignant l'importance de sa prise en charge.

Les symptômes douloureux font partie des critères diagnostiques de certains troubles anxieux : par exemple l'attaque de panique (douleurs thoraciques ou paresthésies) ; on n'évoque cependant une douleur aiguë symptôme d'anxiété qu'après avoir écarté une étiologie non-psychiatrique. L'association douleur et trouble stress post-traumatique est aussi fréquente : le clinicien recherchera des éléments traumatiques récents ou anciens chez un patient douloureux chronique.

4.4. Schizophrénie et trouble délirant chronique

Les plaintes douloureuses sont classiquement **peu exprimées** par les patients souffrant de schizophrénie, en particulier lorsque les symptômes négatifs sont au-devant du tableau clinique ; elles peuvent aussi être **exprimées de façon inhabituelle** ou bizarre.

Les patients ressentent la douleur mais l'expriment ou y réagissent peu ou mal. Il existe de ce fait une négligence fréquente de la part des patients (et des médecins) pour des pathologies non-psychiatriques ; alors que ces pathologies sont plus fréquentes que pour un groupe contrôle, il existe un retard au diagnostic pour des pathologies comme l'ulcère, l'appendicite, les fractures ou l'infarctus de myocarde.

La plainte douloureuse peut aussi entrer dans le cadre d'une dimension délirante (cf. Item 63).

4.5. Troubles du spectre autistique et troubles envahissants du développement

Peuvent apparaître contradictoires une apparente insensibilité à la douleur et des réactions vives à des stimulations non nociceptives. Il n'existe cependant pas de données pour soutenir la « croyance » selon laquelle les enfants présentant des troubles du spectre autistique ressentent moins la douleur que les autres enfants. L'autisme est par contre caractérisé par des troubles comportementaux et de communications capables de modifier l'expression douloureuse avec un risque de retard diagnostique de la douleur et de sa cause.

Il n'existe pas d'outil standardisé pour évaluer spécifiquement la douleur chez ces patients et l'évaluation doit être individualisée ; il a quand même été montré une corrélation entre les mimiques faciales présentées par un enfant autiste et la perception douloureuse ressentie. Face à la douleur (et de façon parfois retardée), l'enfant avec autisme peut manifester des comportements à type de retrait, d'agressivité et de mutilations ; ces comportements doivent faire évoquer un processus douloureux.

4.6. Troubles somatoformes

Les troubles somatoformes sont caractérisés par la présence de préoccupations et ou de manifestations somatiques dépourvues de substrat lésionnel (cf. Item 70). Les symptômes ne sont pas volontaires, contrairement aux troubles factices et à la simulation. Ils correspondent à un groupe hétérogène où les symptômes douloureux peuvent être au premier plan. Les conséquences sont :

* des difficultés dans la relation médecin-malade avec l'idée pour le patient que le médecin ne croit pas à la réalité de sa douleur ;
* un retentissement fonctionnel parfois sévère ;
* un risque iatrogène (multiplication des examens complémentaires, thérapies multiples et croissantes).

Dans le DSM-5 cette catégorie sera remplacée par celle du « trouble à symptomatologie somatique » où les symptômes non-psychiatriques (dont la douleur) pourront être associés à une pathologie médicale non-psychiatrique mais devront être accompagnés par des préoccupations, une anxiété ou des comportements durables (> 6 mois) et excessifs concernant ces symptômes non-psychiatriques ou l'état de santé en général et entraîner une souffrance et/ou une altération significatives de la vie quotidienne (professionnelle, sociale, familiale). Une comorbidité est fréquente avec les troubles dépressifs et anxieux. S'il existe une anxiété excessive concernant la santé mais que les symptômes non-psychiatriques, comme la douleur, sont absents ou modérés, sera plutôt porté le diagnostic de « crainte excessive d'avoir une maladie ».

4.7. Troubles de la personnalité

Les douleurs sont plus fréquemment rencontrées chez les personnes avec un trouble de la personnalité, qui va influencer la façon dont la douleur est ressentie et exprimée.

Personnalité histrionique : la douleur est exprimée de façon théâtrale, imprécise dans sa localisation, fugace, mobile, dramatisée.

Personnalité obsessionnelle : la douleur est précise, détaillée, avec une expression émotionnelle restreinte. L'attitude est rigide, parfois agressive de façon latente.

Personnalité dépendante : attitude passive, en demande constante de réassurance.

Personnalité narcissique : la douleur est perçue comme plus grave que celle des autres avec une attitude parfois hautaine et peu empathique.

Personnalité borderline : forte coloration émotionnelle avec mode relationnel oscillant entre dévalorisation et idéalisation.

Personnalité paranoïaque : plainte souvent vague, parfois bizarre, interprétative et méfiante.

4.8. Démence

Le grand âge s'accompagne de modifications des systèmes de perception, de transmission et de régulation de la douleur, et de l'efficacité des antalgiques. Chez le patient avec démence, les difficultés cognitives rendent en plus l'expression de la douleur difficile, avec des manifestations souvent comportementales (agitation, agressivité, troubles du sommeil, prostration, refus de soins ou de s'alimenter, confusion) qu'il faut savoir décoder. La douleur aggrave aussi les déficits cognitifs (attention, mémoire, vitesse de traitement).

Les patients souffrant de démences sévères (MMS < 11) peuvent rester capables d'utiliser les échelles d'auto-évaluation, mais une hétéro-évaluation est indispensable chez le patient ayant des troubles de communication (Doloplus, Algoplus, ECPA).

Le traitement doit prendre en compte les modifications physiologiques (fonction rénale), les risques de la polythérapie ; une attention particulière doit être portée aux médicaments sédatifs ou ayant un effet anticholinergique. L'effet placebo est altéré avec nécessité d'augmenter les doses d'antalgiques dans cette population fragile à risque de troubles cognitifs et de confusion.

4.9. Troubles addictifs

Si la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, la rencontre avec une substance euphorisante peut permettre, pour un temps, de trouver du plaisir et un refuge face à la souffrance.

La douleur est souvent sous-estimée chez les patients dépendants aux opiacés alors qu'il existe une hypersensibilité douloureuse chez ces patients, non corrigée par les produits de substitution. Il faut :

* **préciser la douleur,**
* éliminer un syndrome de manque (qui s'accompagne de douleurs),
* **rechercher une étiologie à traiter,**
* évaluer l'état psychologique (dépression, anxiété),
* **repérer des co-addictions** et rechercher des contre-indications avant de traiter.

Il faut alors éviter les opïoides faibles, les agonistes partiels, les formes injectables et savoir penser aux thérapeutiques non-opiacées.

Les médicaments analgésiques de type opiacés induisent potentiellement un phénomène de dépendance : le système opioïde est à la fois le système impliqué dans la perception de la douleur mais c'est aussi un système impliqué dans la mise en place et le passage à la chronicité de l'addiction quelle que soit la substance.

Si l'addiction aux médicaments opiacés est fréquemment retrouvée chez les patients douloureux chroniques, l'addiction à l'alcool est aussi fréquente. Il existe plusieurs raisons à cela : tout d'abord, le système opioïde est particulièrement impliqué dans les effets renforçant de l'addiction à l'alcool ; par ailleurs, l'alcool est un puissant anxiolytique et sédatif qui, transitoirement, permet aux sujets douloureux de retrouver le sommeil et de diminuer l'anxiété associée à la perception douloureuse.

Enfin, il est fréquent de retrouver une consommation de cannabis chez des patients souffrant d'une pathologie douloureuse chronique. Actuellement, il existe un traitement à base de cannabis de synthèse comprenant à la fois du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et du cannabidiol, le Sativex, classé parmi les stupéfiants (prescription limitée à 60 jours) dont l'indication (AMM en 2014) est limitée au traitement des contractures résistantes liées à la Sclérose En Plaque.

Il est donc important de faire :

* **Une évaluation addictologique des patients douloureux** : antécédents personnels/familiaux d'abus ou de dépendance, d'auto-médication, de trouble de comportement alimentaire, existence d'anxiété ou de dépression, prise d'anxiolytique ou d'hypnotique ;
* **une consultation spécialisée en cas d'escalade de doses d'analgésiques** (en quantité, en fréquence, utilisés pour d'autres problèmes que la douleur, ou multiplication des prescripteurs) ou bien de dépendance à l'alcool ou au cannabis.

5. Prise en charge

5.1. Dépistage

Il existe une sur-morbidité et une surmortalité par pathologies non-psychiatriques des patients souffrant de troubles psychiatriques. Les explications sont multiples :

* **trouble de communication** du patient ;
* **négligence d'attention aux questions de santé et des soins** :
  - de la part du patient du fait de sa pathologie et de ses conséquences (désocialisation),
  - de la part des équipes médicales psychiatriques (méconnaissance des pathologies non-psychiatriques et de leurs signes) et médicales non-psychiatriques (stigmatisation des patients psychiatriques)

Il est nécessaire de rechercher chez ces patients à risque un diabète ou toute pathologie susceptible de diminuer la perception douloureuse.

La **prévention** primaire et le **traitement** des comorbidités non-psychiatriques doivent donc être **systématiques**. La douleur, qui est un signe d'alerte fréquent de ces pathologies doit être recherchée chez les patients avec un trouble psychiatrique, comme dans la population générale, en évitant tout jugement de valeur : il ne faut pas d'abord considérer la plainte douloureuse comme un mensonge, une simulation ou une douleur imaginaire ou délirante. Cela est parfois rendu difficile du fait de l'expression inhabituelle liée au trouble psychiatrique. Chez le patient avec des difficultés de communication, il faut être attentif aux changements de comportement (agitation, agressivité, repli, refus de soins) pouvant être des signes de douleur.

Il faut aussi prévenir la douleur puisqu'elle sera chez ces patients plus difficiles à identifier, faire attention aux douleurs induites par les soins (injections, mobilisation, contention, etc.), et ne pas négliger les soins dentaires, souvent déficitaires, qui peuvent être à l'origine de douleurs facilement évitables.

Les équipes de soins peuvent s'appuyer sur les Comités de lutte contre la douleur (CLUD) et suivre les recommandations des plans ministériels (2006-2010).

Inversement, les troubles anxieux et dépressifs doivent être systématiquement repérés et traités chez les patients douloureux du fait de leur fréquence et de leurs conséquences.

5.2. Évaluation



L'évaluation de la douleur chez le patient avec un trouble psychiatrique est la même que chez les autres patients, et les outils habituels sont utilisés (accessibles sur : http://www.cnrd.fr). Elle est une obligation réglementaire chez les patients hospitalisés. Elle doit être tracée dans le dossier et utiliser le même outil lors d'évaluations répétées chez un même patient.

La grille **d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux** (ANAES-HAS, évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire février 1999) peut servir de guide pour le praticien.

Pour l'intensité douloureuse, on accorde la préférence aux outils d'auto-évaluation. L'aphorisme « Seul celui qui l'éprouve peut décrire sa douleur précisément ; il en est le meilleur expert » reste vrai chez le patient avec un trouble psychiatrique ; on peut utiliser :

* **une échelle numérique** (1 à 10),
* **une échelle verbale** (douleur absente à insupportable),

* **une échelle visuelle analogique** (dont l'utilisation peut être difficile du fait de la pathologie psychiatrique),
* ou **l'échelle des 6 visages (6 visages graphiques exprimant une douleur d'intensité croissante : cotation de 0 à 10).**

En cas de troubles de la communication et selon l'âge, les outils d'hétéro-évaluation disponibles pour l'enfant, la personne polyhandicapée, ou la personne âgée dyscommunicante sont utilisés à défaut d'évaluation spécifique à la psychiatrie. Il est par exemple possible d'utiliser l'Évaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent ou l'adulte polyhandicapé (EDAAP).

5.3. Traitements

Ils s'adressent aux différentes dimensions (sensorielles, émotionnelles, cognitives, comportementales) de la douleur. La prise en charge est donc souvent multidisciplinaire.

La plupart des troubles douloureux relèvent d'une prise en charge par le médecin traitant. Le recours au psychiatre ou au psychologue peut se faire en cas de trouble psychiatrique caractérisé, de trouble de la relation médecin-patient ou pour accéder à des techniques de soins spécifiques.

5.3.1. Placebo et effet placebo

On n'utilise pas le placebo mais l'effet placebo. En cas de douleur, donner une substance inactive et obtenir un soulagement ne veut pas dire que la douleur est imaginaire mais témoigne de cet effet placebo et de la relation de soins. Dans la douleur, l'effet placebo a montré être associé à la libération d'opioïdes endogènes.



5.3.2. Traitements pharmacologiques (antalgiques)

Certains médicaments sont à la fois des médicaments indiqués dans la douleur et les troubles anxieux et dépressifs (ils peuvent alors être utilisés pour traiter ces dimensions émotionnelles) :

* la prégabaline pour les « douleurs neuropathiques » et le « trouble anxieux généralisé » ;
* la duloxétine pour la « douleur neuropathique diabétique périphérique », le « trouble dépressif caractérisé » et le « trouble anxiété généralisée » ;
* l'imipramine pour les « épisodes dépressifs majeurs », les « douleurs neuropathiques de l'adulte » et les « algies rebelles » ;
* l'amitriptyline indiquée dans les « épisodes dépressifs majeurs » et les « douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte ».

Pour les antidépresseurs tricycliques, les effets antalgiques surviennent à des doses plus faibles que celles utilisées dans la dépression et il a été montré que l'effet antalgique était alors indépendant de l'effet antidépresseur, avec un délai d'action plus court. Il est recommandé de débuter à des doses faibles (env. 10 mg/j) avec une augmentation progressive pour atteindre une dose minimale efficace qui se situe en moyenne entre 50 et 75 mg/j. L'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline par ces médicaments renforcerait les voies inhibitrices descendantes.

Les neuroleptiques et les benzodiazépines ne possèdent pas d'efficacité antalgique démontrée, mais peuvent agir sur les dimensions émotionnelles et comportementales.

Les médicaments antalgiques, sinon, sont les mêmes que ceux utilisés en population générale ; avec quelques points à connaître :

* les AINS s'accompagnent d'un risque d'augmentation de la lithiémie par baisse de la filtration glomérulaire ;
* les corticoïdes (y compris les infiltrations lorsqu'elles sont répétées) sont susceptibles de favoriser une décompensation thymique ;

* le tramadol (opïoide faible) : prudence lors de la co-prescription d'inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO), d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou de thymorégulateurs (lithium, valproate) du fait du risque de syndrome sérotoninergique ;
* la morphine reste un traitement peu utilisé en psychiatrie, peut-être du fait du risque addictogène ;
* le MEOPA (mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote) est intéressant chez le patient anxieux ou déficitaire en particulier lors des soins dentaires.

5.3.3. Traitements non pharmacologiques

Il y a d'abord une information (concernant la douleur, ses causes et ses conséquences) et un soutien au patient (cf. Item 71).

Il existe des soins spécifiques qui doivent être pratiqués par des professionnels de santé formés et habilités pour éviter inefficacité voire dérive. On peut les classer en soins :

* **corporels** : kinésithérapie, balnéothérapie, activité physique, la stimulation magnétique transcrânienne a aussi montré une efficacité dans des douleurs chroniques comme la fibromyalgie ;
* **psychocorporels** : relaxation, sophrologie, hypnose ;
* **psychothérapiques** : psychanalyse, thérapie cognitivo-comportementale.



Résumé

Les liens entre santé mentale et douleur sont réciproques : la douleur associe un versant psychique ; des pathologies psychiatriques ont la douleur comme symptôme ou modifient la façon dont la douleur est ressentie ou exprimée.

Un épisode dépressif caractérisé peut être à la fois la **cause et la conséquence d'un syndrome douloureux**. Un épisode dépressif caractérisé est deux fois plus fréquent chez les patients présentant une douleur chronique que dans la population générale.

La prévalence de la douleur chez les patients souffrant d'un **trouble bipolaire** est d'environ 50 %. Il existe une prédominance pour les dorsalgies, les céphalées, les cervicalgies et les douleurs articulaires.

L'association **douleur-anxiété** est très fréquente et ne doit pas être sous-estimée dans la prise en charge d'un patient « douloureux ». La « douleur » fait partie des symptômes de certains troubles anxieux comme les attaques de panique.

L'étude de la douleur chez les patients atteints de **schizophrénie** peut apparaître complexe car le tableau clinique est très hétérogène. Ceci l'est encore plus chez patients présentant des symptômes négatifs au premier plan car les plaintes douloureuses sont peu exprimées. Il existe un retard diagnostic pour certaines pathologies, lié à la diminution de l'expression de la douleur. La plainte douloureuse peut rentrer, également dans le cadre d'un trouble délirant chronique.

Il n'existe pas de données pour soutenir la « croyance » selon laquelle les enfants présentant des troubles du **spectre autistique** ressentent moins la douleur que les autres enfants. Mais du fait des difficultés dans la communication, les douleurs sont moins exprimées.

Malgré l'hétérogénéité des **troubles somatoformes**, des symptomatologies douloureuses sont très fréquemment associées au tableau clinique.

Chez le patient avec **démence**, les difficultés cognitives rendent l'expression de la douleur difficile, avec des manifestations souvent comportementales. Par ailleurs, la douleur aggraverait les troubles cognitifs.

Chez les patients présentant une ou des addictions, la douleur peut être sous estimée. De plus, il existe des dépendances aux traitements antalgiques de paliers 2 et 3. Il est donc important de faire :

* une évaluation addictologique des patients douloureux ;
* une consultation spécialisée en cas d'escalade de doses d'analgésiques ou bien de dépendance à l'alcool ou au cannabis.

La prise en charge de la douleur est indispensable chez les patients présentant des troubles psychiatriques. Elle est basée sur la prévention de la douleur elle-même et sur la prévention des complications des pathologies non-psychiatriques associées. Les antalgiques utilisés sont les 3 paliers de l'OMS, les antidépresseurs et les antiépileptiques GABAergiques.



Références pour approfondir

Marchand S., Saravane D., Gaumond I., *Santé mentale et douleur. Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*, Springer-Verlag France, 2013, 242 p.

Serra E., « La douleur est-elle un problème de santé mentale ? », *Santé Mentale*, 99, Juin 2005.

Également aux Presses universitaires François-Rabelais

Collection L'Officiel ECN

Référentiel de Médecine vasculaire et de Chirurgie vasculaire

CEMV, CFCV

ISBN 978-2-86906-394-5
178 p.
25 €



Collection CM et CM Pocket

Manuel de Sémiologie vasculaire

CEMV

ISBN 978-2-86906-393-8
160 p. en couleurs
23 €

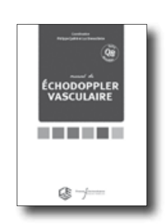


Manuel de Échodoppler vasculaire

Coordination P. Quéhé et L. Bressollette

CEMV

ISBN 978-2-86906-423-2
128 p. en couleurs
8,90 €



Notes personnelles

